



На правах рукописи

**ГУЗОВА
Алина Владимировна**

**КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПОКАЗАТЕЛИ БИОЛОГИЧЕСКОГО
ВОЗРАСТА ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С СИНДРОМОМ
ЗАВИСИМОСТИ ОТ АЛКОГОЛЯ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ**

**14.01.30 - геронтология и гериатрия
14.01.27 - наркология**

**Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук**

- 4 ФЕВ 2010

Санкт-Петербург - 2010

Работа выполнена на кафедре психиатрии, наркологии и клинической психологии ГОУ ВПО «Северный государственный медицинский университет»

Научные руководители:

академик РАМН,
доктор медицинских наук, профессор,
Сидоров Павел Иванович

доктор медицинских наук, профессор
Соловьев Андрей Горгоньевич

Официальные оппоненты:

заслуженный деятель науки РФ,
доктор медицинских наук, профессор
Дьяконов Марк Михайлович

доктор медицинских наук, профессор
Точилев Владимир Антонович

Ведущая организация:

ГОУ ВПО «Петрозаводский государственный университет»

Защита состоится «26» февраля 2010 г. в 13 час.
на заседании диссертационного совета Д 601.001.01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН

Автореферат разослан «25» января 2010 г.

Учёный секретарь диссертационного совета
доктор биологических наук, доцент

Козина Л.С.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Постарение населения планеты - объективный процесс, являющийся одной из важнейших социальных проблем [Анисимов В.Н., 2000; Miner S., Rich M., 2001]. Демографическое старение населения, два десятилетия тому назад рассматривавшееся, как феномен, относящийся исключительно к развитым странам, в настоящее время охватывает, практически, весь мир [Gohen G.E., 2003; Kalache A., Gatti A., 2003]. Во многих странах демографическая ситуация характеризуется ростом численности в популяции лиц пожилого и старческого возраста [Гаврилова С.И., 2003].

В РФ пятую часть всего населения страны составляют люди пенсионного возраста, из них около 11% - старше 80 лет [Лазебник Л.Б., Конев Ю.В., 2005]. Ожидается, что к 2015 г. каждый третий из числа пожилых лиц будет относиться к группе самых старых (от 75 лет). Наблюдается устойчивый рост в составе населения доли людей старших возрастов и в Архангельской области [Санников А.Л., 2000].

Старение и ассоциированные с возрастом болезни в последние годы вызывают бурную дискуссию [Анисимов В.Н., 2005]. Многочисленным социальным последствиям различных заболеваний пожилого человека посвящено значительное количество исследований [Хавинсон В.Х. и соавт., 2002; Grundy E. et al., 2001]. Потребность лиц пожилого возраста в медицинской помощи на 50% выше, чем населения среднего возраста [Лазебник Л.Б., 2005].

Проблема злоупотребления психоактивными веществами среди этой социальной группы все более актуальна. Прогрессирующий процесс постарения населения происходит с нарастанием, как относительной доли, так и абсолютного количества злоупотребляющих алкоголем. Распространенность бытового пьянства и синдрома зависимости от алкоголя (СЗА) у лиц старше 60 лет в разных странах составляет от 2 до 10%-20% [Назаренко В. и соавт., 2003; York K., 2003]. Развитие алкогольной зависимости предопределено некоторыми медико-социальными особенностями, связанными с изменением положения в обществе, социального поведения после выхода на пенсию; при этом хроническая алкогольная интоксикация (ХАИ) ведет к изменению медико-социальных составляющих качества жизни (КЖ).

СЗА в пожилом возрасте влияет на все составляющие здоровья, как психического, так и биологического, что, в свою очередь, обуславливает изменение процессов старения и показателей биологического возраста (БВ). Сложной задачей является дифференцирование между нормальным и патологическим старением [Гаврилова С.И., 2003; Корсакова Н.К., 2003].

Все это представляет большой практический интерес для уточнения медико-социальных особенностей у лиц данной возрастной группы с алкогольной зависимостью и исследования уровня их КЖ, как важнейших составляющих лечебно-реабилитационной помощи, что и обусловило выбор темы исследования.

Целью исследования явилось выявление медико-социальных особенностей качества жизни у лиц пожилого возраста с синдромом зависимости от алкоголя для установления взаимосвязи с изменениями биологического возраста.

Для достижения поставленной цели сформулированы следующие задачи:

1. Установить характер алкогольобусловленных медико-социальных изменений у лиц пожилого возраста и оценить их влияние на параметры качества жизни.
2. Оценить связь соматических нарушений и медико-социальных особенностей качества жизни с показателями биологического возраста у лиц пожилого возраста с синдромом зависимости от алкоголя.
3. Определить особенности взаимосвязи параметров качества жизни и темпов старения в структуре медико-социального портрета больных алкоголизмом в пожилом возрасте.
4. Выявить гендерные различия в процессах старения и связь их с показателями качества жизни и соматическими поражениями у лиц с алкогольной зависимостью.

Научная новизна

Новым в представленном исследовании является комплексный клинико-социальный подход к определению влияния наркологического заболевания на основные компоненты качества жизни и оценке биологического возраста у лиц пожилого возраста с зависимостью от алкоголя.

Впервые установлен динамический характер взаимосвязи медико-социальных и соматических проявлений синдрома зависимости от алкоголя у лиц пожилого возраста с основными параметрами биологического возраста. Впервые выявлены особенности развития полиорганной патологии и темпов старения пожилых лиц, страдающих алкоголизмом, в гендерном аспекте; показаны различия в темпах старения у пожилых лиц с синдромом зависимости от алкоголя с учетом физиологических особенностей.

Впервые обоснована связь изменений показателей основных индексов качества жизни с социально-клиническими аспектами биологического и календарного возраста в структуре медико-социального портрета лиц старших возрастных групп. Показано, что в условиях Европейского Севера

России преобладает ранний дебют наркологического заболевания, в связи, с чем выявлены особенности процессов старения данной категории пациентов.

Научно-практическая значимость и внедрение результатов исследования

Совокупность представленных данных по дифференциации компонентов качества жизни лиц пожилого возраста, страдающих алкогольной зависимостью, расширяет возможности клинических подходов по оптимизации мероприятий при оказании медико-социальной помощи.

Выявленные особенности наркологического заболевания у пожилых с зависимостью от алкоголя позволяют использовать их на этапе скрининга и дифференциации с процессами биологического старения. Выявленные полиорганные поражения и их связь с параметрами биологического возраста у лиц пожилого возраста с синдромом зависимости от алкоголя объясняют особенности процессов биологического старения и расширяют возможности разработки индивидуальных лечебно-реабилитационных маршрутов.

Полученные данные используются в практической деятельности Северного медицинского клинического центра им. Н.А.Семашко ФМБА России на поликлиническом этапе оказания наркологической и реабилитационной помощи пациентам пожилого возраста.

Основные результаты исследования внедрены в практическую деятельность наркологического центра Архангельской областной клинической психиатрической больницы (акт внедрения от 20.10.2009), в учебный процесс кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии Северного государственного медицинского университета (СГМУ) по изучению медико-социальных аспектов и возрастных особенностей наркологических заболеваний для студентов медицинских факультетов, факультета социальной работы и врачей психиатров-наркологов - курсантов факультета постдипломного образования (акт внедрения от 18.11.2009), в учебный процесс кафедры возрастной физиологии и валеологии Поморского государственного университета им. М.В.Ломоносова (акт внедрения от 9.12.2009).

Положения, выносимые на защиту

1. Развитие синдрома зависимости от алкоголя в пожилом возрасте характеризуется совокупностью клинических изменений и медико-социальных особенностей, лежащих в основе снижения степени удовлетворенности общим самочувствием, физическим и психическим состоянием и социальным функционированием, как основных составляющих качества жизни.

2. Соматические последствия алкоголизации в пожилом возрасте проявляются множественными системными изменениями, ведущими к ускорению процессов старения и увеличению биологического возраста.

3. Снижение составляющих качества жизни и нарастающая социальная дезадаптация на фоне изменения параметров биологического возраста, лежат в основе структуры медико-социального портрета лиц пожилого возраста, страдающих алкоголизмом.

4. Ускоренные процессы старения в пожилом возрасте больше выражены у женщин по сравнению с пожилыми мужчинами с синдромом зависимости от алкоголя.

Связь с планом НИР

Диссертационное исследование выполнено в рамках Региональной научно-технической программы СГМУ и Северного научного центра Северо-Западного отделения РАМН «Здоровье населения Европейского Севера» (2005-2008).

Апробация работы

Основные положения и выводы диссертационного исследования представлены и обсуждены на научных конференциях и семинарах: X Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» (Москва, Россия, 2005), конференциях молодых ученых СГМУ (2005, 2007, 2009), Международной научной конференции «Социальная психиатрия» (Лулеа, Швеция, 2004), I Междисциплинарном научном конгрессе «Человек и алкоголь» (С.-Петербург, 2007), международном Каstellи симпозиуме (Рованиemi, Финляндия, 2007), 19 Конгрессе геронтологов Северных стран «Старость: достойная и разная» (Осло, Норвегия, 2008), расширенном заседании проблемной комиссии СГМУ по социальной психологии и психоневрологии (2009), расширенном заседании проблемной комиссии Института биорегуляции и геронтологии ЦЗО РАМН (2009).

Исследование проведено при поддержке гранта Российского гуманитарного научного фонда и администрации Архангельской области № 05-06-48607а/С «Физиолого-психологическая характеристика пожилых людей, проживающих в условиях хронического социального стресса на Европейском Севере России».

Публикации

По теме диссертации опубликовано 13 научных работ, в том числе 2 статьи в журналах, рекомендованных ВАК Минобрнауки РФ для опубликования материалов диссертационных исследований.

Клинические методы обследования включали сбор анамнестических сведений, осмотры специалистов, объективные исследования, инструментальные методики.

Наркологический статус пациентов включал оценку данных субъективного и объективного анализа с акцентом на стаж алкоголизации, толерантность к алкоголю с учетом стажа алкоголизации и дозы напитка, длительность настоящего запоя, вид употребляемого спиртного напитка, частоту поступления. Соматический статус оценивали объективными, инструментальными и лабораторными методами (электрокардиограмма, ультразвуковое исследование головного мозга и внутренних органов, компьютерная томография, общеклинические и биохимические анализы мочи и крови).

Статистический анализ данных проводили в программном пакете SPSS 15.0, английская версия for Windows и с использованием пакета программ «Excel 2000» на персональном компьютере «Pentium-IV». Использовали t-критерий Стьюдента для независимых выборок, критерий χ^2 -корреляции Пирсона, линейный регрессионный анализ, однофакторный дисперсионный анализ, дисперсионный анализ с поправкой Бонферрони и корреляционный анализ Пирсона; критерий Манна-Уитни для двух несвязанных выборок, критерий Крускала-Уоллиса для трех и более несвязанных групп, критерий Вилкоксона для двух связанных выборок и корреляционный анализ Спирмена.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Анализ особенностей течения СЗА у лиц пожилого возраста показал, что во всех группах, как у женщин, так и у мужчин увеличивался с возрастом стаж алкоголизации (табл.1). Это объясняется тем, что большая часть обследованных нами пациентов начала алкоголизироваться в работоспособном возрасте, и большинство обследованных пациентов можно отнести к группе больных с «ранним дебютом» заболевания. Закономерно, что с увеличением стажа алкоголизации у пожилых лиц быстро наступала потеря всех видов контроля (сначала количественного, а затем и ситуационного), опьянение было практически лишено привлекательных эмоциональных оттенков и лишь смягчало подавленность, тревожность и одиночество.

При анализе длительности настоящего запоя установлено, что у мужчин имела тенденция к нарастанию продолжительности алкоголизации в возрасте от 30 до 60 лет, после чего - тенденция к снижению длительности запойных состояний, повлекших настоящую госпитализацию. У женщин во всех группах алкоголизация не превышала одного месяца и

ограничивалась, в основном, 1-2 неделями (табл. 1). В целом, выявлена тенденция укорочения длительности запойных состояний мужчин с возрастом до двух недель-одного месяца максимально, что, вероятно, связано с наличием в пожилом возрасте множества органических последствий алкоголизации и самого процесса старения, с ослаблением функционирования детоксикационных систем организма.

Таблица 1

Особенности процесса алкоголизации и наркологического статуса у лиц пожилого возраста с синдромом зависимости от алкоголя с учетом гендерной принадлежности

Признак	Доля лиц пожилого возраста с СЗА, %			
	мужского пола	женского пола	оба пола	p-уровень*
<u>Длительность запоя:</u>				
- до 10 дн	0	5,9	2,7	0,006
- 11дн – 14 дн	55,0	5,9	32,4	
- 15 дн – 1 мес	40,0	88,2	62,2	
- более 1 мес	5,0	0	2,7	
<u>Предпочитаемые напитки:</u>				
- водка	95,0	41,2	70,3	<0,001
- суррогат	55,0	5,9	32,4	0,002
- портвейн, вино	0	52,9	24,3	<0,001
<u>Поступление в стационар:</u>				
- первичное	80,0	29,4	56,8	0,006
- вторичное	10,0	17,6	13,5	
- многократное	10,0	52,9	29,7	
<u>Толерантность к алкоголю:</u>				
- низкая	25,0	35,3	29,7	0,719
- средняя	75,0	64,7	70,3	
- высокая	0	0	0	

Примечание: *p-уровень между гендерными группами рассчитывался с помощью критерия χ^2 - Пирсона.

Статистически значимые различия выявлены нами по уровню толерантности к алкоголю. Так, в группе лиц работоспособного возраста с СЗА 22,6% имели высокую степень толерантности, 57,2% - среднюю и 20,2% - низкую, в то время как среди пациентов пожилого возраста - 0%, 70,3% и 29,7%, соответственно ($p=0,006$). Кроме того, в группе лиц работоспособного возраста с СЗА обнаружены статистически значимые различия по степени толерантности в зависимости от гендерной принадлежности: среди представителей мужского пола 18,9% отмечали низкую, 47,2% - среднюю, 34,0% - высокую степень, а женского пола - 22,6%, 74,2% и 3,2%, соответственно ($p=0,005$). Влечение и толерантность к алкоголю с возрастом снижались, что связано в ряде случаев с присоединением тяжелых соматических заболеваний. Этим в известной мере объясняется и ряд особенностей алкоголизма указанного возрастного периода.

Алкогольобусловленные соматические изменения являются важными параметрами, изменяющими уровень КЖ пожилых лиц. Большую часть изменений мы обнаружили в сердечно-сосудистой системе. Миокардиодистрофию чаще отмечали у лиц пожилого возраста с СЗА по сравнению с пациентами работоспособного возраста (100,0 и 66,7%, соответственно, $p<0,001$). У пожилых больных инфаркт миокарда в анамнезе встречался также достоверно чаще (45,9% и 10,7%, $p<0,001$). Атеросклероз периферических сосудов обнаружен у 48,6% пациентов пожилого возраста с СЗА и у 22,6% - работоспособного ($p=0,004$). Нарушение ритма сердца выявлено у 75,7% пациентов пожилого возраста с СЗА, что в два раза чаще, чем у лиц работоспособного возраста (44,0%, $p=0,001$). Диагноз гипертонической болезни пожилых больных установлен в 100% случаев, что более чем в 2 раза чаще по сравнению с пациентами работоспособного возраста (42,9%, $p=0,004$); диагноз ангиопатии сетчатки глаз - в 51,4% случаев, что в 5 раз больше по сравнению с пациентами работоспособного возраста (9,5%, $p<0,001$) (рис.).

В группе пожилых пациентов с СЗА у мужчин статистически чаще встречалось токсическое поражение печени в отличие от женщин (100,0% и 64,7%, $p=0,005$). Поражение печени вирусного генеза выявило, как хронический вирусный гепатит В, так и С. Вирусные гепатиты В и С чаще отмечались у пациентов работоспособного возраста с СЗА по сравнению с пожилыми (13,1% и 0%, $p=0,018$). Повышенный уровень активности АСТ, АЛТ чаще встречался у лиц пожилого возраста (в 89,2% и 64,3% соответственно, $p=0,005$). У мужчин и женщин после 70 лет выявлена максимальная частота случаев повышения показателей функциональных проб печени (с повышением активности АЛТ, АСТ, ГГТ) (в 92% и 100% случаев, соответственно).

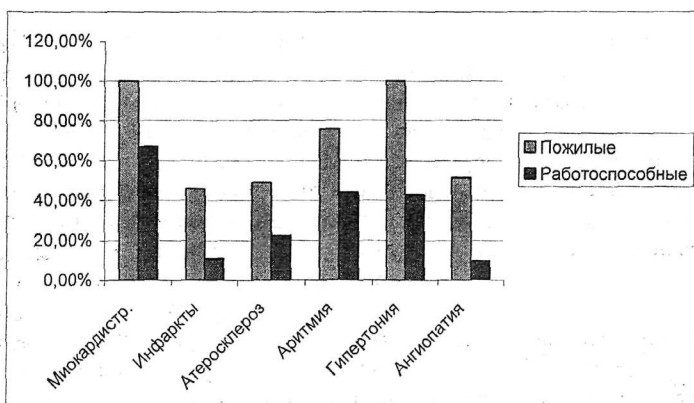


Рис. Доля лиц пожилого возраста с синдромом зависимости от алкоголя с изменениями в сердечно-сосудистой системе.

Нами прицельно обследованы пациенты на предмет неврологических последствий влияния алкоголя. Во всех группах, как мужчин, так и женщин, была выявлена высокая встречаемость энцефалопатии нетоксического генеза (сосудистой, посттравматической, диабетической и т.д.) (табл. 2).

Таблица 2

Неврологические особенности у лиц пожилого и работоспособного возраста с синдромом зависимости от алкоголя с учетом гендерной принадлежности

Признак	Доля лиц пожилого возраста, %			Доля лиц работоспособного возраста, %		
	Мужчины	Женщины	р-уровень	Мужчины	Женщины	р-уровень
Энцефалопатия нетоксического генеза	65,0	100,0	0,009	37,7	45,2	0,503
Токсическая энцефалопатия	100,0	94,1	0,272	49,1	87,1	< 0,001
Наличие судорог в анамнезе или в данном эпизоде	5,0	0	0,350	7,5	19,4	0,107
Токсическая полинейропатия конечностей	5,0	0	0,350	13,2	12,9	0,968

У мужчин и женщин после 60 лет мы проследили тенденцию увеличения частоты встречаемости энцефалопатии нетоксического (сосудистого, посттравматического и др.) и токсического генеза. Нетоксическая энцефалопатия чаще встречалась у пациентов пожилого возраста с СЗА по сравнению с больными работоспособного возраста (81,1% и 40,5%, $p < 0,001$). В группе лиц пожилого возраста среди представительниц женского пола также она чаще отмечалась по сравнению с мужчинами (100,0% и 65,0%, $p = 0,009$). Токсическая энцефалопатия чаще диагностирована у пациентов пожилого возраста с СЗА по сравнению с больными работоспособного возраста, в основном, за счет мужчин (100,0% и 49,1%, $p < 0,001$). Эти данные мы объясняем, как прямым токсическим влиянием алкоголя на центральную и периферическую нервную системы, так и опосредованно наложением на него сосудистого или травматического поражения головного и спинного мозга. Среди лиц работоспособного возраста с СЗА отмечены статистически значимые различия энцефалопатии токсического генеза в зависимости от гендерной принадлежности: 49,1% - у мужчин и 87,1% - у женщин ($p < 0,001$) (табл. 2).

Анализируя связь между течением болезни и соматическими осложнениями, мы установили, что статистически чаще выявлялись такие соматические нарушения, как гипертоническая болезнь ($p = 0,047$), ангиопатии сетчатки глаз ($p = 0,005$), энцефалопатия токсического генеза ($p = 0,003$), хронический бронхит ($p = 0,038$) у больных с низким и средним уровнем толерантности. Эта тенденция, вероятно, обусловлена тем, что у пациентов, уже имеющих низкую и среднюю степень толерантности к алкоголю, сформирована развернутая II или III стадии болезни, очевидно и соматические последствия алкоголизации сильнее. У больных, предпочитающих принимать водку и суррогаты, чаще встречались такие осложнения, как артериальная гипертензия ($p = 0,004$) и нарушение ритма сердца ($p = 0,046$). Это, вероятно, обусловлено прямым токсическим повреждающим действием спирта и суррогатов на сердечно-сосудистую систему. При увеличении стажа алкоголизации (более 20 лет) чаще диагностировали такие осложнения, как атеросклероз сосудов (в 32,1% случаев), гипертоническая болезнь (в 76,8%), токсическая энцефалопатия (в 89,3%). Эта связь закономерна, так как чем выше стаж алкоголизации, тем больше осложнений, а поскольку у обследованного контингента преобладал «ранний дебют» болезни в 89,2% случаев, тем очевиднее множественность поражений.

Наши исследования показали, что алкогольобусловленные изменения в соматическом состоянии у лиц пожилого возраста носили, в подавляющем большинстве случаев, системный множественный характер. В отличие от больных работоспособного возраста, имевших соответствующую стадию наркологического заболевания.

Примечательно, что отмеченная динамика ухудшения соматического профиля в пожилом возрасте при наличии СЗА характеризовалась противоположными тенденциями при субъективной оценке своего здоровья пациентами. Корреляционный анализ определил очень высокую степень взаимосвязи ($r=0,7$, $p<0,001$) между ответами на этот вопрос и половым разделением пожилых людей обеих групп. Так, мужчины чувствовали себя достаточно более здоровыми, а женщины констатировали плохое самочувствие.

Оценивая самоощущение здоровья в группе респондентов с СЗА, мы установили несколько парадоксальную картину. Пожилые люди с СЗА разделились во мнении, оценив себя, в большей части (55,3%), как здорового человека. При оценке же самоощущения здоровья большинство респондентов контрольной группы выявили состояние «нездоровья».

При субъективной оценке социального статуса у мужчин среднее значение ИМО в указанных возрастных группах не превышало $12,3\pm 1,0$ баллов, самое низкое значение ИМО отмечено в возрастной подгруппе 31-50 лет, самое высокое - 61-70 лет. Ранжируя компоненты этого индекса, необходимо отметить их низкие средние значения.

У лиц с СЗА среднее значение ИСК не превысило $7,6\pm 2,4$ балла, наибольшее значение – было в возрастной подгруппе 31-50 лет. Самое низкое значение ИСК отмечено в возрастной подгруппе старше 70 лет ($5,1\pm 1,6$ балла), что соответствует низкому значению ИСК, в подгруппе 61-70 лет таковой индекс также находился в интервале низкого уровня ($5,7\pm 1,5$ балла). С возрастом ИСК снижался равномерно - с $7,6\pm 2,4$ до $5,1\pm 1,6$ баллов, то есть, чем выше возраст зависимых пациентов, тем ограниченнее у них были социальные контакты.

Наибольшее значение ИСОЗ отмечено в возрасте 61-70 ($9,9\pm 1,5$ балла) и 51-60 лет ($9,3\pm 1,2$ баллов), то есть работоспособные лица в возрасте 51-60 лет и пожилые пациенты до 70 лет оценили более высоким состояние своего здоровья.

Значение УСФ у мужчин и женщин, как суммарного показателя по трем индексам, приведенным выше, находилось в интервале среднего уровня. Разница между значениями в различных возрастных группах оказалась не велика, наибольшее значение такового показателя - в возрасте 61-70 лет; в подгруппах же 51-60 и более 70 лет УСФ был ниже по сравнению с группами более «молодых».

Параллельно мы оценивали эмоциональную удовлетворенность (индекс эмоциональной удовлетворенности - ЭУ). Самые высокие значения ЭУ выявлены в возрастных подгруппах 51-60 и 61-70 лет ($45,9\pm 4,9$ и $48,0\pm 3,1$ баллов, соответственно).

Субъективный показатель зависимости КЖ от употребления спиртных напитков (СОЗКЖУСН) имел определенные особенности у лиц пожилого возраста. У мужчин и женщин самое высокое значение СОЗКЖУСН в

- Семейное положение – Употребление спиртных напитков;
- Самооценка состояния здоровья - Употребление спиртных напитков;
- Чувство беспокойства о будущем - Употребление спиртных напитков;
- Чувство ненужности - Употребление спиртных напитков;
- Частота употребления спиртных напитков – Изменение здоровья за 10 лет;
- Удовлетворенность жизнью - Употребление спиртных напитков.

Корреляционный анализ определил также высокие взаимосвязи ответов лиц пожилого возраста, не злоупотребляющих алкоголем, между плеядами:

- Самооценка состояния здоровья - Употребление спиртных напитков;
- Чувство беспокойства о будущем - Употребление спиртных напитков;
- Чувство ненужности - Употребление спиртных напитков;
- Частота употребления спиртных напитков – Изменение здоровья за 10 лет;
- Удовлетворенность жизнью - Употребление спиртных напитков;
- Самооценка состояния здоровья – Чувство одиночества;
- Чувство беспокойства о будущем – Половое разделение;
- Изменение здоровья за 10 лет - Употребление спиртных напитков.

Полученные данные свидетельствуют о том, что лица пожилого возраста с СЗА чаще испытывали обеспокоенность за свое будущее и будущее своей семьи. У них обострены такие чувства, как одиночество, усталость, тревога, которые в свою очередь ведут к полной неудовлетворенности жизнью; данные состояния в большей степени выражены у одиноких (вдов/вдовцов) лиц пожилого возраста, злоупотребляющих алкоголем.

Мы выявили общие тенденции снижения медико-социальных параметров КЖ у лиц пожилого возраста с СЗА. Закономерно предположить, что снижение данных составляющих КЖ имеет связь с процессами биологического старения, имевших различное течение при злоупотреблении алкоголем в отличие от «нормального» старения.

Анализируя параметры БВ, сравнивая его с календарным (КВ) и должным БВ (ДБВ), а также разницу БВ-ДБВ и Me (Q1;Q2), видно, что, в целом, БВ у пожилых с СЗА и без СЗА ниже КВ. Но поскольку для оценки темпов старения важен показатель разницы БВ-ДБВ, то есть его отношение к ДБВ, то можно говорить о некоторых тенденциях в зависимости от возраста, наличия или отсутствия фактора риска (СЗА) а также гендерной принадлежности (табл. 4, 6).

Нами выявлено превышение БВ над КВ у 64,9% пациентов пожилого и 63,1% работоспособного возраста с СЗА; у лиц пожилого возраста без алкогольной зависимости превышение БВ над КВ встретилось в 46,9% (табл. 5). При этом у мужчин пожилого возраста с СЗА превышение БВ над

о более частом наличии чувства беспокойства у пожилых лиц, злоупотребляющих спиртными напитками.

Корреляционный анализ ответов группы лиц пожилого возраста с СЗА позволил выявить взаимосвязь ($r=0,5$, $p<0,001$) между употреблением алкогольных напитков и беспокойством о будущем. Можно предположить, что пожилые люди на фоне тревоги и беспокойства нуждаются в разрядке эмоций и прибегают к алкоголю в качестве антидепрессанта. В то же время употребление алкоголя ими еще более провоцировало обеспокоенность о будущем. Определяя взаимосвязи результатов анкетирования группы пожилых с СЗА, были выявлены соотношения обеспокоенностью о будущем и возрастным разделением респондентов. Лица в возрасте до 65 лет чаще беспокоились о будущем и их тревожило дальнейшее изменение их финансового положения и отношения с родственниками, чем респондентов более старшей возрастной категории.

Еще одна плеяда, полученная в результате корреляционного анализа ответов группы пожилых людей с СЗА, сформирована «чувством ненужности» и «употреблением спиртных напитков». Взаимосвязь настолько сильна ($r\geq 0,9$, $p<0,001$), что можно говорить с большой долей вероятности о том, что люди с СЗА чаще испытывали чувство ненужности, и это явление появлялось тем более, чем больше человек злоупотреблял спиртным.

Корреляционный анализ выявил взаимосвязь (при $r=0,5$, $p<0,001$) между семейным положением респондентов основной группы и их чувством ненужности. Женатые/замужние лица пожилого возраста с СЗА не испытывали чувство ненужности, в то время, как у вдовцов/вдов и разведенных пожилых людей оно проявлялось очень часто. В контрольной группе респондентов корреляционный анализ не выявил подобной взаимосвязи.

Нами обнаружена также плеяда «семейное положение» и «употребление крепких спиртных напитков». Сильная обратная взаимосвязь (при $r=0,1$) у лиц пожилого возраста с СЗА подтверждает данные В.Сампбелл [2000], Г.Смитт [2001] о пожилых вдовцах и разведенных людях, как группе особого риска злоупотребления алкоголем.

Нами выявлена парадоксально высокая степень взаимосвязи (при $r=0,9$, $p<0,001$) между «удовлетворенностью жизнью» и «употреблением спиртных напитков» на фоне переоценки состояния своего здоровья и низкой оценки СОЗКЖУСН пожилыми людьми с СЗА. Таким образом, злоупотребляющие спиртными напитками в большей мере были не удовлетворены своей жизнью на фоне достаточно «высокой оценки» уровня здоровья и низкой СОЗКЖУСН.

Корреляционный анализ определил высокие взаимосвязи ответов пожилых людей, злоупотребляющих алкоголем, между плеядами:

- Семейное положение – Чувство ненужности;

Оценивая разницу БВ и ДБВ, позволяющую судить о темпе старения, можно констатировать, что лица пожилого возраста с СЗА имели статистически выше показатель ΔT по сравнению с пожилыми без СЗА ($p=0,016$) (табл. 6). Кроме того, и аналогичная оценка в контрольной и в группе сравнения выявила, что лица работоспособного возраста с СЗА имели статистически выше показатель ΔT по сравнению с пожилыми без СЗА ($p=0,033$). Проводя данный анализ, мы выявили гендерные различия: женщины пожилого возраста с СЗА имели статистически большую ΔT по сравнению с мужчинами ($p<0,001$) (табл. 6). В группе сравнения картина противоположная: женщины имели отрицательную ΔT по сравнению с мужчинами ($p<0,001$); в контрольной группе женщины имели отрицательную ΔT по сравнению с мужчинами ($p=0,037$).

Таблица 6

Особенность разницы ΔT у лиц пожилого возраста при наличии и отсутствии синдрома зависимости от алкоголя и с учетом гендерной принадлежности, M_e (Q1;Q3), баллы

Пожилые лица	ΔT	p^*
Пожилые лица (оба пола) с СЗА	3,3 (- 0,5; 15,8)	0,016
Пожилые лица (оба пола) без СЗА	0,3 (-7,9; 5,4)	0,016
Пожилые мужчины с СЗА	1,2 (- 4,7; 3,0)	<0,001
Пожилые женщины с СЗА	15,8 (6,8; 19,8)	<0,001

Анализ изменений разницы БВ и ДБВ показал, что женщины в возрасте старше 70 лет с СЗА статистически чаще имели положительную ΔT по сравнению с мужчинами той же возрастной категории ($p=0,009$). Женщины в возрастном диапазоне 31-50 лет с СЗА статистически чаще имели отрицательную ΔT по сравнению с мужчинами той же возрастной категории ($p<0,001$). Женщины в возрастном диапазоне 51-60 лет с СЗА статистически чаще имели отрицательную ΔT по сравнению с мужчинами той же возрастной категории ($p=0,041$).

Таким образом, у женщин пожилого возраста, страдающих СЗА, алкоголизация ускоряла темпы старения и выступала в качестве сильнейшего катализатора изнашивания биологических систем организма, в работоспособном возрасте у женщин в меньшей степени наблюдались взаимосвязи старения с употреблением алкоголя. В целом же, как в группе сравнения, так и в основной группе, выявлена тенденция ускорения темпов старения по сравнению с контролем, то есть, можно предположить, что

употребление алкоголя ускоряет процессы старения, что подтверждается положительной разницей БВ и ДБВ в указанных группах.

При проведении корреляционного анализа между показателями КВ, БВ и ДБВ и показателями КЖ мы обнаружили, что у мужчин имела место положительная взаимосвязь КВ с БВ ($r=-0,766$, $p<0,001$) и отрицательная - КВ с ИСК ($r=-0,410$, $p<0,001$), УКЖ ($r=-0,269$, $p<0,022$), СОЗКЖУСН ($r=-0,267$, $p<0,023$); у женщин - только положительная взаимосвязь между КВ с БВ ($r=0,817$, $p<0,001$ и отрицательная - с СОЗКЖУСН ($r=-0,562$, $p<0,001$). Проводя анализ с учетом возрастного аспекта по группам выявлены следующие особенности: в группе 51-60 лет отмечена отрицательная корреляционная взаимосвязь между БВ и ИМО ($r=-0,463$, $p<0,013$) и между КВ и ЭУ ($r=-0,383$, $p<0,044$), в группе старше 60 лет - между КВ и ЭУ ($r=-0,504$, $p<0,001$) и положительная - между КВ и БВ ($r=0,318$, $p<0,004$). То есть, чем выше темпы старения у мужчин, тем ограниченнее их социальная активность, ниже удовлетворенность КЖ и парадоксально ниже влияние алкоголя на КЖ, что подтверждает наши данные о том, что выявленное снижение критичной оценки зависимости всех показателей КЖ от алкоголизации обусловлено токсическим поражением центральной нервной системы и развитие алкогольно-токсической энцефалопатии.

Таким образом, полученные нами данные, включающие выявленные тенденции в КЖ, БВ, наряду с множественностью органических поражений, формируют определенный медико-социальный портрет пациента пожилого возраста с СЗА, включающий ограниченное социальное функционирование, неудовлетворенность психологическими и физическими компонентами здоровья, повышенный уровень тревожности за свое будущее и не критичное отношение к своей болезни на фоне объективного снижения общего состояния здоровья.

ВЫВОДЫ

1. Развитие синдрома зависимости от алкоголя в пожилом возрасте характеризуется совокупностью клинических изменений и медико-социальных особенностей, включающих непродолжительные запойные периоды (до 0,5-1 месяца), сниженный уровень толерантности к алкоголю, преобладание «раннего дебюта» заболевания (более чем в 70% случаев) и нарастающие признаки токсической энцефалопатии (100%). Параллельно со стадией алкоголизации у лиц пожилого возраста нарастает «чувство ненужности» и социальной изолированности, происходит обострение чувств одиночества, усталости, тревоги, снижение уровня социальных контактов, лежащих в основе снижения степени удовлетворенности общим самочувствием, физическим и психическим состоянием и социальным функционированием, как основных составляющих качества жизни пациентов.

2. Соматические изменения у лиц пожилого возраста с синдромом зависимости от алкоголя, по сравнению с лицами работоспособного возраста, в основном, проявляются множественными системными изменениями: миокардиодистрофией - в 100% и в 66,7%, токсическим поражением печени - 83,8% и 76,2%, токсической энцефалопатией - 97,3% и 63,1%, нарушениями ритма сердца - 75,7% и 44,4%, атеросклерозом сосудов - 48,6% и 22,6%, инфарктами миокарда - 45,9% и 10,7% случаев соответственно, ведущими к ускорению процессов старения и изменению соотношения биологического и календарного возраста с превышением в положительную сторону разницы между биологическими и должными биологическими параметрами (в среднем в 3,3 года).

3. Ускорение старения у лиц пожилого возраста, страдающих алкогольной зависимостью, обусловлено снижением компонентов качества жизни и нарастающей социальной дезадаптацией, определяющих медико-социальный портрет пациентов, характеризующийся ограниченным социальным функционированием, неудовлетворенностью психологическими и физическими компонентами здоровья, повышенным уровнем тревожности и некритичным отношением к своей болезни на фоне объективного снижения общего состояния здоровья.

4. Ускоренные процессы старения у лиц пожилого возраста с синдромом зависимости от алкоголя более выражены у женщин - с превышением биологического возраста над календарным (в 76,5% случаев), являющиеся следствием как нарушения физиологических механизмов, так и более выраженными неврологическими поражениями в виде токсической и нетоксической (посттравматического или сосудистого генеза) энцефалопатии (100%).

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Определение биологического возраста у лиц старших возрастных групп рекомендуется проводить на этапах скрининга алкогольной зависимости, дифференциальной диагностики - для своевременного выявления психо-соматических особенностей заболевания и при оказании квалифицированной лечебно-реабилитационной помощи с учетом всех составляющих процессов биологического старения.

2. Исследование изменений показателей качества жизни лиц пожилого возраста с алкогольной зависимостью, как основных детерминант социального неблагополучия, рекомендуется использовать для оценки эффективности оказания наркологической помощи, в работе социально-геронтологической службы и оптимизации мероприятий по повышению уровня жизни пожилым больным с данным социальным недугом.

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК Министерства образования и науки Российской Федерации

1. *Гузова А.В.* Особенности качества жизни и биологического возраста пожилых лиц с алкогольной зависимостью в условиях Европейского Севера/А.В. Гузова, Е.Ю. Голубева, А.Г.Соловьев//Успехи геронтологии. - 2010. - Т. 23, № 1. - С. 58-61.

2. *Гузова А.В.* Социопсихологические аспекты качества жизни лиц пожилого возраста с алкогольной зависимостью/А.В. Гузова, Е.Ю. Голубева, А.Г.Соловьев // Наркология. - 2009. - № 12. - С. 92-95.

Тезисы

3. *Гаража А.В. (Гузова А.В.)* Биологический возраст у лиц с синдромом зависимости от алкоголя /А.В.Гаража//Бюлл. СГМУ. - Архангельск, 2005. - вып. 1. - С. 53-56.

4. *Гаража А.В. (Гузова А.В.)* Качество жизни пожилых лиц с синдромом зависимости от алкоголя/А.В.Гаража, П.И.Сидоров, А.Г.Соловьев//Клиническая геронтология. - 2005. - № 10. - С.94.

5. *Гаража А.В. (Гузова А.В.)* Медико-социальные аспекты алкоголизации в пожилом возрасте/А.В.Гаража//Бюлл.СГМУ.-Архангельск, 2004.-вып. 2.- С. 37-38.

6. *Гаража А.В. (Гузова А.В.)* Медико-социальные компоненты качества жизни пожилых лиц с синдромом зависимости от алкоголя /А.В.Гаража, Е.Ю.Голубева, М.Л.Федорова//Бюлл. СГМУ. - Архангельск, 2005. - вып. 2. - С. 55-58.

7. *Гаража А.В. (Гузова А.В.)* Особенности алкоголизма у лиц пожилого возраста/А.В.Гаража//Бюлл. СГМУ. - Архангельск, 2004. - вып. 1. - С. 47-50.

8. *Гузова А.В.* Особенности качества жизни и биологического возраста пожилых лиц с алкогольной зависимостью/А.В.Гузова, Е.Ю.Голубева, А.Г.Соловьев // Матер. I междисциплинарного научного конгресса. - Санкт-Петербург. - 2007. - С. 91.

9. *Garazha A. (Guzova A.)* Alcoholism in old age as a social phenomenon / A.Garazha, P.Sidorov, A.Soloviev // Gerontologia. - 2004. - № 1. - P. 98.

10. *Garazha A. (Guzova A.)* Biological Age Paradoxes by Alcohol Dependence/A.Garazha, A.Soloviev//Biological Psychiatry and psychopharmacology. - 2006. - Vol. 8, № 1. - P.18.

11. *Garazha A. (Guzova A.)* Psycho-social and biological aspects of alcoholism of elderly people in the North of Russia/A.Garazha, P.Sidorov, A.Soloviev//European Psychiatry. - 2005.- № 1. - P. 6.

12. *Soloviev A.* Social aspects of alcoholism in old age / A.Soloviev, P.Sidorov, A.Guzova //Conf. Book: 19th Nordic Congress of Gerontology, Oslo. -2008. - P. 51.

13. *Garazha A. (Guzova A.)* Social stress and alcoholism of elderly people in the North of Russia/ A.Garazha, P.Sidorov, A.Soloviev//Conf. Book: IV International Kastelli Symposium. - Rovaniemi, Finland. - 2005. - P. 53.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ И УСЛОВНЫХ ОБОЗНАЧЕНИЙ:

АЛТ	- аланинаминотрансфераза
АСТ	- аспаратаминотрансфераза
ГГТ	- гаммаглутамилтрансфераза
БВ	- биологический возраст
ДБВ	- должный биологический возраст
ИМО	- индекс материальной обеспеченности
ИСК	- индекс социальных контактов
ИСОЗКЖУН	- индекс субъективной оценки качества жизни от употребления спиртных напитков
ИСОЗ	- индекс субъективной оценки здоровья
КВ	- календарный возраст
КЖ	- качество жизни
МО	- материальная обеспеченность
СОЗ	- субъективная оценка здоровья
СЗА	- синдром зависимости от алкоголя
ΔТ	- разница между БВ и ДБВ
УСФ	- уровень социального функционирования
УЗИ	- ультразвуковое исследование
ХАИ	- хроническая алкогольная интоксикация
ЭУ	- эмоциональная удовлетворенность

ГУЗОВА Алина Владимировна. Качество жизни и показатели биологического возраста лиц пожилого возраста с синдромом зависимости от алкоголя: медико-социальные аспекты// Автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.30; 14.01.27 – СПб., 2010. – 22 с.

Подписано в печать 20.01.2010. Формат 60*84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 50 .

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197101, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А