



*На правах рукописи*

**БАБИЧЕВА**  
**Ольга Васильевна**

**ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО  
ВОЗРАСТА, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНОМ  
УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ**

14.01.30 - геронтология и гериатрия

Автореферат диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

**28 ОКТ 2010**

Санкт-Петербург – 2010

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Кубанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Научные руководители:**

кандидат медицинских наук, доцент  
Кокарев Юрий Сергеевич

доктор медицинских наук, профессор  
Войцехович Борис Андреевич

**Официальные оппоненты:**

доктор медицинских наук, профессор  
Арьев Александр Леонидович

доктор медицинских наук  
Серпов Владимир Юрьевич

**Ведущая организация:**

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Санкт-Петербургская государственная медицинская академия им. И.И. Мечникова» Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию

Защита состоится «01» ноября 2010 г. в 12.00 часов на заседании диссертационного Совета Д 601.001.01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН (197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо, 3).

Автореферат разослан "30" сентября 2010 г.

Ученый секретарь диссертационного совета  
доктор биологических наук, доцент



Л.С.Козина

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы диссертации

Постарение возрастной структуры населения России стало очевидным, и этот процесс приобрёл устойчивый характер [Бабенко А.И.,1997; Вялков А.И.,1999-2001; Вишневский А.Г., 1999-2004]. В РФ проживает более 13,7% людей в возрасте 65 лет и старше, 3,2 млн. человек перешагнули 80-летний рубеж и доля их составляет 2,7% [Росстат, 2007]. С ростом числа людей пожилого и старческого возраста усложняется вся сфера социально-экономических отношений, ухудшается и здоровье населения [Холостова Е.И.,2000; Мунтяну Л.В., 2001; Ускова Н.Е., 2006; Голубева Е.Ю. и соавт., 2008; Лазебник Л.В., Конев Ю.В., 2008; Cutler D.M., 2001].

В экономически развитых странах всё больше внимания уделяют изучению здоровья в когорте людей старческого возраста, численность которых стремительно растёт [Холостова Е.И.,2000; Белоконов О.В.,2008; Харченко В.И. и соавт., 2008; Wagner E.H., 1997]. Причем с медицинской точки зрения, особый интерес для планирования и организации соответствующих служб представляет когорта «очень старых» людей (например, в возрасте 80 лет и старше) [Планирование и организация гериатрических служб, ВОЗ, 1977; Эпидемиологические методы в изучении проблем пожилых, ВОЗ, 1986; Эпидемиология и профилактика сердечно-сосудистых болезней у пожилых людей, ВОЗ,1996]. Между тем четкого представления о групповом здоровье их еще не сложилось [Медик В.А., 2004]. В первую очередь это относится к проживающим постоянно в стационарных учреждениях социального обслуживания (СУСО) [Дементьева Н.Ф.и соавт.,1982-1990; Amella E.J., 2004; Kronborg S.et al., 2006]. Отличительной особенностью их является высокий уровень коморбидности, утрата автономии и значительная потребность в медико-социальной помощи [Белоконов О.В.,2008; Brorsson B., Asberg K.H., 1984; Rowland D., 1989; Kane R.L.et al., 1991; Cutler D.M., 2001; Sainsbury A. et al., 2005]. Очередь в социальные стационары в России при ежегодном приросте проживающих на 1-2 тыс. человек колеблется в течение последнего десятилетия в пределах 18 - 25 тыс. В такой ситуации для удовлетворения потребностей в СУСО (стационарном учреждении социального обслуживания) потребуются многие годы [Васильчиков В.М.,1998-2004]. Свидетельством тому является количество койко-мест проживания в социальных стационарах на одного человека старше 65 лет, которое в России в 5 раз меньше, чем в США [Батий В.М.,2006].

Здоровье подопечных в домах-интернатах изучено недостаточно. Сведения о заболеваемости и смертности основываются на одномоментных выборках и часто представлены фрагментарно [Присталок М.С., 1970; Дементьева Н.Ф. и соавт.,1982-1990;Катюхин В.Н и Дементьева Н.Ф.,

1996; Синельников А.Б. и соавт., 2008]. Следовательно, изучение особенностей состояния здоровья подопечных домов-интернатов представляется особенно актуальным.

Интегральная оценка здоровья в отношении этой особой когорты имеет существенное значение в связи с необходимостью совершенствования государственной системы социально-гигиенического мониторинга общественного здоровья. Между тем комплексная оценка показателей здоровья проживающих в СУСО может быть получена только по результатам организованного долговременного наблюдения. В отечественной практике такие исследования ранее не проводились, что явилось основанием для выполнения настоящей работы.

**Цель исследования** - изучить показатели здоровья у людей пожилого и старческого возраста, постоянно проживающих в стационарном учреждении социального обслуживания, посредством комплексной оценки заболеваемости, болезненности, смертности, времён жизни и разработать предложения по совершенствованию медицинской помощи в учреждениях подобного типа.

#### **Задачи исследования:**

1. Провести клинико-статистический анализ заболеваемости, включая госпитализированную, у людей пожилого и старческого возраста, постоянно проживающих в социальном стационаре.

2. Исследовать показатель болезненности у людей пожилого и старческого возраста, постоянно проживающих в социальном стационаре.

3. Выявить и описать клинические особенности и динамику коморбидности у лиц пожилого и старческого возраста, наблюдавшихся в социальном стационаре, в том числе сочетанных патологий, имеющих неблагоприятный прогноз.

4. Изучить показатели и структуру смертности в контингентах наблюдения с разбором основных причин смерти.

5. Определить ожидаемую продолжительность жизни и времена дожития лиц пожилого и старческого возраста, наблюдавшихся в центре, в зависимости от болезненности.

6. Разработать предложения по совершенствованию медицинской помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту:**

1. Заболеваемость резидентов стационарного учреждения социального обслуживания в 5 раз выше заболеваемости всего населения, в 3 раза выше заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения и схожа

с их заболеваемостью в случаях её корректировки по вызовам скорой помощи, обслуженных на дому и госпитализациям.

2. За период дожития подопечных в социальном стационаре болезненность за счет увеличения заболеваемости по всем классам болезней приводит к увеличению коморбидности в 2 раза.

3. В возрасте 80 лет и старше за период дожития резидентов в социальном стационаре увеличение сердечно-сосудистой коморбидности значительно отстает от общей в связи с их небольшой долей в общей структуре заболеваемости, однако вновь развивающиеся сердечно-сосудистые патологии имеют неблагоприятный прогноз, и у каждого пятого резидента при одновременном сочетании гипертонической болезни, ишемической болезни сердца и цереброваскулярных заболеваний развивается острое расстройство мозгового или коронарного кровообращения.

4. Повышенный риск смерти и уменьшение выживаемости зависит не от особенностей сочетания сердечно-сосудистых патологий, а напрямую связаны с серьезностью их осложнений и последствий.

5. Смертность и её структура у наблюдавшихся в геронтологическом центре «Екатеринодар» не имеет гендерных отличий и сопоставима с данными по Краснодарскому краю за соответствующие периоды среди лиц старше 70 лет.

### **Научная новизна**

Впервые на примере 5-летнего наблюдения за проживающими в геронтологическом центре «Екатеринодар» получена многофакторная комплексная характеристика здоровья резидентов стационарного учреждения социального обслуживания общего типа и определены конкретные цифровые показатели заболеваемости, болезненности и времен жизни. Впервые в практике организации медико-социального обслуживания людей пожилого и старческого возраста для расчета прямых и косвенных затрат на содержание, обслуживание и лечение подопечных в социальном стационаре предложено использовать не только общепринятые показатели, но также срок дожития.

На основании динамики сердечно-сосудистой коморбидности научно обоснована необходимость сосредоточения усилий, направленных на профилактику осложнений от сочетанных патологий, имеющих наиболее высокий риск смерти. Научно аргументирована необходимость профилактики предотвратимых заболеваний в связи с высокой заболеваемостью инфекциями верхних дыхательных путей и бытовым травматизмом (падениями и переломами костей), имеющими неблагоприятный прогноз для жизни.

### **Практическая значимость**

Представленные медико-статистические данные могут использоваться администрациями территорий, организаторами социальной работы и здравоохранения, фондами обязательного медицинского страхования в качестве информации при составлении программ медико-социального обслуживания граждан пожилого и старческого возраста, а также расчета потребностей их в социальной стационарной помощи, как при текущем, так и перспективном планировании на региональном и федеральном уровнях управления.

Представленная качественно новая информация необходима для обоснования и планирования медицинской помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания для людей пожилого и старческого возраста. Уточненные данные по заболеваемости, болезненности, смертности и временам жизни важны при составлении современных организационных программ медико-социального обслуживания, выбора концепции оптимальной модели работы стационарного учреждения социального обслуживания и более точного ресурсного их обеспечения.

При организации медицинской помощи подопечным социального стационара целесообразно формировать отдельные группы диспансерного наблюдения с учетом не только заболеваемости, но и сочетанных состояний и патологий, имеющих наиболее высокий риск смерти. Полученные данные о сокращении времен жизни в связи с гипертонической болезнью и другими болезнями системы кровообращения подтверждают необходимость внедрения в клиническую практику новых концепций и подходов в терапии сердечно-сосудистых патологий в особой когорте людей старше 80 лет.

### **Связь с научно-исследовательской работой университета**

Диссертационная работа является научной темой, выполняемой по основному плану НИР ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

**Авторские и результаты** одобрены на Международной научно-практической конференции «Пожилой больной. Качество жизни» (Москва, 2005), Всероссийской научно-практической конференции «Проблемы демографии, медицины и здоровья населения России: история и современность» (Пенза, 2005), межрегиональной научно-практической конференции «Экономические и социально-экономические преобразования в системе устойчивого развития Северокавказского региона» (Майкоп, 2006), на краевых научно-практических конференциях для руководителей и врачей домов-интернатов департамента социальной защиты населения Краснодарского края (Краснодар, 2005-2009). Основные положения диссертации рассматривались на заседании отдела домов-

интернатов департамента социальной защиты населения Краснодарского края, краевом научно-практическом обществе терапевтов (2008), опубликованы в 12 сообщениях, в том числе, одна статья в рецензируемом журнале, внесенном в «Перечень периодических изданий», рекомендуемых ВАК РФ.

Первичная апробация по месту выполнения работы проведена на совместном заседании кафедры терапии № 2 факультета повышения квалификации и профессиональной переподготовки специалистов, кафедры факультетской терапии и кафедры общественного здоровья, здравоохранения и истории медицины ГОУ ВПО «Кубанский государственный медицинский университет» 26 июня 2010 года.

**Публикации.** По результатам диссертации опубликовано 12 работ, в том числе 2 статьи в журналах, входящих в Перечень ВАК Минобразования РФ, 6 статей в сборниках научных трудов, 4 тезисов докладов.

**Структура и объем диссертации.** Диссертация состоит из введения, обзора литературы; 5 глав с результатами собственного исследования и их обсуждения; заключения (выводов и предложений); списка литературы, содержащего 355 источников, из них – 296 отечественных и 59 иностранных авторов; документов, подтверждающих внедрение результатов исследования в практику социальной работы, и приложений. Объем диссертации составляет 130 страниц и содержит 17 таблиц, 10 рисунков.

## СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В методологию исследования положен комплексный подход изучения показателей здоровья 294 человек, проживающих постоянно в СУСО «Геронтологический центр «Екатеринодар» г. Краснодара (далее ГЦ). В соответствии с целью и задачами составили план исследования (табл. 1).

*Таблица 1*

*Структура исследования*

Сроки проведения	01.01.2000 – 31.12.2004
Изучаемые явления	Заболеваемость Смертность Продолжительность жизни и времена дожития
Объекты обследования	Мужчины и женщины пожилого и старческого возраста, проживающие в геронтологическом центре
Источники изучения	Первичные материалы и официальные учётные формы по заболеваемости, смертности и данные для расчетов времен жизни
Методы исследования	Статистический Открытое клинико-статистическое когортное исследование Экспертных оценок Статистическое прогнозирование

Наблюдением были охвачены 95,8% человек от числа проживающих в ГЦ. На диспансерном учете с 01.01.2000 по 31.12.2004 годы находились 98 мужчин в возрасте от 60 до 93 лет (медиана возраста на момент начала исследования 76,5 года) и 196 женщин в возрасте от 60 до 96 лет (соответственно 79 лет,  $p < 0,0001$ ). Сбор информации, способы и источники получения сведений показаны в таблице 2.



Оценку результатов проводили в следующей последовательности: анализировали исходную болезненность на момент поступления подопечных в ГЦ, затем первичную заболеваемость и завершали определением динамики болезненности посредством сравнения исходных показателей с конечными.

Таблица 2

*Сбор информации*

Исследуемые показатели	Способ сбора информации	Учетные формы
Исходная болезненность	<p>Учет всех хронических заболеваний из медицинской карты амбулаторного больного</p> <p>Выборка сведений из выписки медицинской карты лечебно-профилактического учреждения или справки районного (городского) ОСО</p> <p>Данные медико-социальной экспертизы (в случаях освидетельствования)</p> <p>Результаты врачебного осмотра в центре при поступлении, представленные в карте стационарного больного (истории больного)</p>	<p>Форма № 025/у</p> <p>Справка ОСО (оформленная по приказу Минсоцобеспечения РСФСР от 24.09.81 № 109)</p> <p>Форма МСЭ - 010</p> <p>Форма № 034/у</p>
Первичная заболеваемость	<p>Сведения из медицинских карт стационарного больного (историй болезни) по всем зарегистрированным острым и «новым» хроническим заболеваниям</p> <p>Информация из выписок медицинской карты амбулаторного больного травматологического пункта</p>	<p>Форма № 034/у</p> <p>Форма № 027/у</p>
Госпитализированная заболеваемость	Данные из выписок медицинской карты стационарного больного	Форма № 033/у
Конечная болезненность по завершению исследования, скорректированная по гос-	Сведения по всем имеющимся хроническим заболеваниям в карте стационарного больного и карте специализированного диспансерного наблюдения	Форма № 034/у Форма № 30/а

питализациям и причинам смерти		
Смертность	По данным медицинского свидетельства о смерти	Форма № 106/у-98

Для этого рассчитали период, за который могла быть определена динамика болезненности, исходя из сроков поступления и нахождения подопечных в учреждении. Рассчитывали времена дожития их в центре, медиана которых по функции Каплана-Мейера оказалась равной 7 годам для мужчин и женщин. Таким образом, установили, что динамика болезненности можно быть описана за период дожития подопечных в ГЦ.

Показатели заболеваемости за полный срок могли быть получены только для лиц, доживших до окончания исследования. В этой связи относительно умерших глубину выборки увеличили до 5 лет с целью уменьшения вариативности показателей. Однако такой подход исключал возможность демонстрации показателей заболеваемости в календарной шкале. Исходя из этого их выражали в виде среднегодовых для каждого случая, затем для группы целиком и относили к 100 наблюдавшимся. Аналогичным образом оценивали госпитализированную заболеваемость. Смертность выражали в среднегодовых показателях, детальный анализ причин осуществляли посредством тщательного сличения сведений из истории болезни (форма № 034/у) с данными в свидетельстве о смерти (форма № 106/у-98).

Не менее важными для оценки здоровья считали показатели по ОГЖ и дожитию, которые рассчитывали по функции Каплана-Мейера. Для решения статистических задач использовали прикладную программу STATISTICA 6.0 (StatSoft Inc., USA). Традиционные параметры оценивались с помощью основных статистик, порядковые и качественные - по критерию  $\chi^2$  Пирсона. При межгрупповых сопоставлениях использовали метод Манна-Уитни с учетом поправок при проведении двусторонних и множественных сравнений. В таких случаях показатели указывали в медианах с интерквартильными диапазонами. Корреляционные связи рассчитывали по коэффициенту Спирмена ( $r_s$ ).

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

**Состояние здоровья резидентов Геронтологического центра  
«Екатеринодар» г. Краснодара  
Здоровье подопечных геронтологического центра  
по данным болезненности и заболеваемости**

Провели анализ исходной болезненности на момент поступления наблюдавшихся в социальный стационар. В целом для группы установлен высокий показатель равный 515,32 случая на 100, не имевший гендерных отличий (мужчины - 510,23 случая, женщины - 520,33). Выявлена значительная болезненность в связи с патологией системы кровообращения, составляющая почти половину от общей (250,32 случая на 100) при схожей частоте у мужчин (259,25 случая) и женщин (245,91 случая). В их числе ведущее место занимала ГБ (85,4%), ЦВЗ (77,9%) и ИБС (67,4%), другие составляли незначительную долю (19,6%). При раздельном анализе определили, что стабильную стенокардию имели 57,5% пациентов, ОИМ ранее перенесли 2%. Значительную распространенность имела ХСН среднего и среднетяжелого классов (24,15%), в том числе с постоянной формой фибрилляции предсердий (9,2%) и пароксизмальными расстройствами ритма (7,2%).

На следующем месте оказались болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (73,73 случая на 100) при большей болезненности женщин, за счет часто встречающегося остеоартроза, (87,24 случая); несколько меньшим этот показатель был у мужчин (60,20 случая). Сходными были данные по болезням органов пищеварения (64,27 случая); ниже были показатели по болезням глаза и его придаточного аппарата (52,37 случая). По классу болезней органов дыхания (19,72 случая на 100) болезненность у мужчин за счет более часто диагностируемой ХОБЛ была явно выше (31,63 случая), чем у женщин (13,77 случая). Таким образом, на 4 класса болезней (системы кровообращения, костно-мышечной и соединительной ткани, органов пищеварения, глаза и его придаточного аппарата) приходилось 86,2% или более 4/5 от итогового показателя исходной болезненности.

Итоговый показатель заболеваемости, зарегистрированный в ГЦ (396,70 случая на 100) оказался выше в 5 раз, чем всего населения по обращаемости в амбулаторно-поликлинические учреждения. С другой стороны, полученные данные по ГЦ оказались вполне сопоставимыми с показателями заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста по обращаемости в случаях корректировки их по вызовам скорой помощи, обслуженных на дому и госпитализациям [Михневич Н.Н., 1995; Злобин А.Н., 1996].

Наиболее высокий уровень заболеваемости регистрировался по классу болезней органов пищеварения (114, 8 случая на 100), причем у женщин этот показатель оказался в 2 раза выше (115,97 случая), чем мужчин (71,53 случая). Такие различия связаны с преобладанием у женщин трех нозологий – хронических панкреатитов, холециститов и ЖКБ.

Относительно низкая заболеваемость по классу болезней кровообращения (63,05 случая на 100) объясняется значительным числом ранее приобретенных сердечно-сосудистых заболеваний.

Следует отметить, что у наблюдавшихся за период дожития в ГЦ, первичная заболеваемость по классу болезней кровообращения занимает в общей структуре небольшую долю (16,0%), однако вновь развивающиеся патологии имеют неблагоприятный прогноз. В частности, суммарно острые расстройства мозгового и коронарного кровообращения у пациентов с сердечно-сосудистой патологией регистрировались в 21,8% случаев.

Болезни глаза и его придаточного аппарата занимали в структуре заболеваемости 12,2% и диагностировались в 48,33 случая на 100 (в половине случаев устанавливался диагноз старческой катаракты).

Далее по частоте следовали болезни органов дыхания (10,6%), которые составляли 41,895 случая на 100. Наиболее значительной оказалась заболеваемость острыми респираторными заболеваниями верхних дыхательных путей - 19,505 случая на 100 (46,6%). Всего острые инфекции органов дыхания составили 26,615 случая на 100 (63,5%), что оказалось сопоставимо с заболеваемостью взрослого населения по обращаемости (29,40 случаев на 100 обратившихся с диагнозами всех болезней органов дыхания, установленными впервые в жизни) [Заболеваемость населения по основным классам болезней 2000-2005 гг. по данным Росстата].

Несколько меньшей регистрировалась заболеваемость болезнями мочеполовой системы (41,52 случая на 100), будучи выше у мужчин (52,90 случая) и реже у женщин (37,7 случая на 100;  $p < 0,015$ ). Преобладание мочевых инфекций у мужчин ассоциировалось с сопутствующей диффузной гиперплазией предстательной железы (27,0 случая на 100) и установлением диагноза хронического пиелонефрита (41,7% или 17,32 случая на 100).

В структуре заболеваемости болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани составили 8,8%, в случаях - 34,925 на 100. В структуре их в равной степени были представлены остеохондроз позвоночника и остеоартрозы (49,0% и 45,8% соответственно). Среди болезней уха и сосцевидного отростка основную долю составляли новые случаи старческой тугоухости (9,43 случая на 100); вторым по частоте был острый отит (3,18 случая на 100), вклад остальных был несущественным.

Заболеваемость по классу «Психические расстройства и расстройства поведения» была связана с впервые диагностируемой деменцией. В преобладающем большинстве устанавливалась сосудистая и смешанная деменция в результате перенесенных церебральных катастроф, ГБ и прогрессирующего развития хронической ишемической болезни мозга. Лишь только в двух случаях её верифицировали как

болезнь Альцгеймера. Показатель заболеваемости деменцией в целом составил 8,88 случая на 100.

Заболеваемость по классу «Новообразования» регистрировалась на уровне 8,23 случая на 100 и не имела гендерных различий.

Среди болезней кожи и подкожной клетчатки (7,6 случая на 100) выделялись старческая чесотка и пиодермия, составляющие вместе чуть более 13%.

Ведущее место среди болезней нервной системы (6,8 случая на 100) принадлежало болезни Паркинсона, на которую приходилось чуть более половины, а на оставшуюся часть – болезни с поражением отдельных нервов, нервных корешков и сплетений. По классу болезней «Эндокринная система, расстройства питания и нарушения обмена веществ» (4,27 случая на 100) в преобладающем большинстве распознавался сахарный диабет 2 типа.

### *Динамика болезненности за период дожития наблюдавшихся в центре*

При анализе динамики болезненности установлено, что болезненность выросла по всем классам болезней и увеличилась в 1,9 раза или с 515,92 до 984,28 случая на 100 ( $p < 0,0001$ ), причем за счет большей первичной заболеваемости женщин конечная болезненность их оказалась несколько выше (1009,62 на 100), чем мужчин (911,79 случая;  $p < 0,02$ ). По сравнению с исходной структура конечной болезненности изменились. Так, доля болезней кровообращения в исходной структуре составляла 48,5%, а в конечной – 31,7%, несмотря на увеличение среднего числа накопленных сердечно-сосудистых патологий с 2,5 до 3,1 на одного наблюдавшегося ( $p < 0,0001$ ).

После болезней кровообращения второе место заняли болезни органов пищеварения вместо болезней костно-мышечной системы, а болезни органов дыхания уступили 5 позицию заболеваниям мочеполовой системы, переместившись на 6 место.

Между тем ведущее место в структуре конечной болезненности занимала сердечно-сосудистая патология. Детальный анализ ее по нозологиям и клиническим вариантам выявил следующую динамику. Число больных с ГБ увеличилось на 9,0% ( $p < 0,002$ ), ИБС – на 14,25% ( $p < 0,0001$ ), с фибрилляцией предсердий – на 10,9% ( $p < 0,0003$ ), ХСН – на 11,55% ( $p < 0,003$ ). В итоге число больных, перенесших инфаркт миокарда, увеличилось в 3,7 раза, с фибрилляцией предсердий – в 2,2 раза, а ХСН – в 1,5.

Количество больных с диагностированными ЦВЗ увеличилось на 20,75%, в том числе, с перенесенными инсультами (с 11,2 до 17,35%;  $p < 0,045$ ), что в свою очередь при имевшейся ГБ, сопровождалось ростом полиморбидности за счет «вторых» ассоциированных заболеваний таких

как деменция (с 8,88 до 18,71 случая на 100;  $p < 0,0001$ ). Следовательно, даже по названным болезням и состояниям и известного неблагоприятного прогноза их, здоровье наблюдавшихся существенно ухудшалось. Рост болезненности по другим классам за этот период имел схожую динамику.

Следовательно, итоговый результат выявил высокий уровень коморбидности (общий коэффициент увеличился с 5,2 до 9,8 заболевания, сердечно-сосудистый – с 2,5 до 3,1 на одного наблюдавшегося). Сравнение частот хронических заболеваний по исходной и конечной болезненности выявило следующие различия. При поступлении в центр 56,1% наблюдавшихся имели от 1 до 5 заболеваний, 42,9% - 6-10 заболеваний и только 1,0% - 11 и более. По данным конечной болезненности только 10,9% подопечных имели 1-5 заболеваний, 56,1% - от 6 до 10 заболеваний и 33,0%, т.е. каждый третий, - 11 и более заболеваний ( $\chi^2 = 524,65$ ,  $t(N-2) = 8,43$ ,  $p < 0,0001$ ).

Установили также, что с ростом коморбидности отмечается повышение смертности. В частности, число имевшихся болезней у умерших было большим ( $9,85 \pm 4,3$ ), чем у выживших ( $9,3 \pm 2,7$ ;  $p < 0,05$ ), однако сопряженностей между коморбидностью и смертностью или их количеством и возрастом не прослеживалось. Выявили только слабую корреляцию между частотой смертей и возрастом ( $r_s = 0,18$ ,  $t = 3,19$ ,  $p = 0,002$ ). Такой же оказалась ситуация при анализе сердечно-сосудистой коморбидности. Смертность оказалась выше только среди тех больных, которые имели такие осложнения как последствия ЦВЗ, деменцию, ХСН, фибрилляцию предсердий и пароксизмальные расстройства сердечного ритма. Тем не менее, расчет относительного риска выявил достоверность только по 3 из 5 признаков. Установлено, что ОР смерти возрастает при ХСН в 1,72 раза [ОР=1,72; (1,34-2,15)], при пароксизмальных расстройствах ритма, включая фибрилляции предсердий в 1,88 раза [ОР=1,88; (1,505-2,36)], при последствиях ЦВЗ в 1,5 раза [ОР=1,50; (1,1-1,74)].

В этой связи, по нашему мнению, изучение группового здоровья в особой когорте лиц старше 80 лет должно основываться не только на тщательном сборе сведений по регистрируемым заболеваниям, но также учете ассоциированных заболеваний и состояний, исходов и осложнений, характеризующих тяжесть патологий.

### **Особенности госпитализированной заболеваемости**

Итоговый показатель госпитализированной заболеваемости 13,47 случая на 100 оказался ниже общероссийского (16,5), что в нашей ситуации объясняется исключением направления больных на стационарное лечение по социальным мотивам. Госпитализации в связи с болезнями системы кровообращения занимали ведущее место (35,4%). Из них в 2/3

случаев госпитализации проводились в плановом порядке, причем одинаково часто как по поводу хронической ИБС, так и ЦВЗ. В остальных случаях причинами экстренных госпитализаций являлись инсульты и ОИМ. Второе место занимали травмы (18,9%) в основном в связи с переломами костей (шейки бедра, луча в типичном месте и ребер); переломы бедра были самой частой причиной госпитализаций (чуть более 1/3). Далее следовали болезни желудочно-кишечного тракта (14,3%). Лечение в стационарных условиях по поводу болезней органов дыхания (14,3%) в основном осуществлялось в связи с дыхательной недостаточностью у больных ХОБЛ. По причине болезней глаза и его придаточного аппарата госпитализации проводились в 7,8% и в половине из них для оперативного лечения катаракты. Психические расстройства и расстройства поведения занимали в структуре госпитализаций 6,8%, болезни мочеполовой системы - 5,3%.

Раздельный учет по профилю и срочности показал, что терапевтические плановые госпитализации проводились в 5 раз чаще, чем экстренные, и наоборот, экстренные хирургические во столько же раз чаще, чем плановые. С другой стороны, экстренные госпитализации по хирургическим показаниям осуществлялись в 2 раза чаще, чем по терапевтическим показаниям.

Анализ смертей и госпитализаций (за 5 летний период), показал более высокую смертность среди госпитализировавшихся (59,6%) в отличие от не нуждавшихся в стационарном лечении (43%;  $p < 0,01$ ). Более того, установили, что госпитализации, особенно повторные, являются независимым фактором риска смерти ( $OR=1,4$ ;  $p < 0,05$ ). Показатели госпитализированной заболеваемости у мужчин и женщин не отличались, однако каждый третий подопечный центра в течение 5 лет хотя бы один раз был госпитализирован.

## Показатели смертности по результатам 5-летнего наблюдения

### *Смертность и её структура*

При разборе показателей смертности выявлено, что за 5-летний период умерли 142 человека, из них 42 мужчины и 100 женщин. Возраст умерших по медиане составил у мужчин 82 года (75-85), женщин - 84 года (78-90). Показатели смертности в отдельные годы имели существенные отклонения, но даже в таких случаях они не отличались от среднегодового показателя, рассчитанного по данным 5-летнего наблюдения, а значит, носили случайный характер. Такой же результат получили при сравнении средневзвешенных годовых показателей смертности. Таким образом, информативным считали среднегодовой показатель смертности, который составил для группы наблюдения в целом 9,7% (мужчины - 8,6%,

женщины - 10,2%;  $p > 0,05$ ). Показатели смертности в ГЦ в сравнении с данными по Краснодарскому краю за соответствующие периоды у 70-летних и старше (8,7%) [Войцехович Б.А., Редько А.Н., 2003] оказались схожими и вполне согласовались с нашими данными.

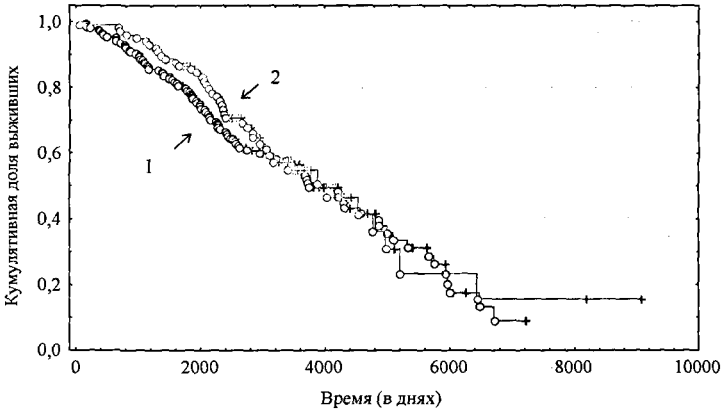
Ведущее место в структуре смертности занимали болезни кровообращения (70,4%), затем новообразования (7,8%), болезни мочеполовой системы (5,6%) и органов пищеварения (4,2%). Доля болезней по другим классам составила 12,0%.

### *Ожидаемая продолжительность жизни*

Ожидаемая продолжительность жизни (ОПЖ) в группе наблюдения составила по медиане 88,2 года. Раздельный анализ ОПЖ у мужчин (медиана 81,1 года) и женщин (82,7 года) различий не выявил. Срок дожития наблюдавшихся в центре по медиане оказался равным 10,6 года и был одинаковым у мужчин и женщин при раздельном анализе (медиана 7,0 года) (рис. 1).

Анализ вероятных зависимостей ОПЖ и времен дожития от болезненности выявил следующую особенность: только остаточные времена жизни, но не ОПЖ, определяются уровнем коморбидности.

Кумулятивная доля выживших по Каплану-Мейеру  
 ○ полные данные + цензурированные данные



*Рис. 1 Кривые дожития в центре женщин (1) и мужчин (2)*

Время дожития наблюдавшихся, у которых при поступлении в центр было от 1 до 5 заболеваний, составило по медиане 7,3 года, с 6-10 заболеваниями 6,8 года, а с 11 заболеваниями и более - 3,5 года ( $\chi^2 = 22,08$ ,  $p < 0,00002$ ) (рис.2.). И обратная закономерность прослеживалась от конечной болезненности.



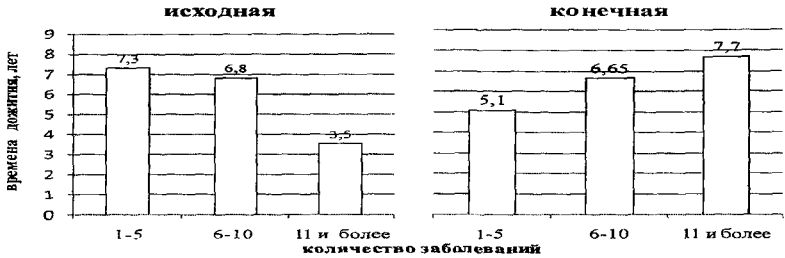


Рис. 2 Времена дожития от исходной и конечной болезненности

Наиболее короткий срок дожития по медиане (5,1 года) определялся у имевших 1-5 заболеваний, больший срок (6,65 года) с 6-10 заболеваниями, и максимальный - (7,7 года) с 11 и более заболеваниями ( $\chi^2=9,57$ ,  $p<0,01$ ). Это объясняется тем, что при направлении в социальный стационар в документы вносились диагнозы наиболее неблагоприятных для прогноза болезней, вызывающих утрату автономии и служивших основанием для проживания в СУСО. С другой стороны, чем большее количество лет было прожито в центре, тем чаще диагностировались малозначимые заболевания с точки зрения прогноза, вклад которых в коморбидность уменьшал вес опасных заболеваний. Подтверждением тому является анализ конечной болезненности по перечню заболеваний, имевшихся в подгруппе лиц с 11 заболеваниями и более. В числе 97 лиц, отнесенных к этой подгруппе, ни одного из них не было серьезных последствий от инсультов, инфаркта миокарда, выраженной ХСН или пароксизмальных расстройств сердечного ритма.

В этой связи полагаем, что ОПЖ и времена дожития в значительной мере будут зависеть от конкретных заболеваний, а не от уровня конечной болезненности (рис.3).

Установили, что к их числу может быть отнесено ограниченное количество болезней. В частности ОПЖ и времена дожития уменьшались на схожий срок у больных с ГБ (на 3 года), в результате последствий ЦВЗ (на 2-3 года) и больных с ХСН (на 2 года).

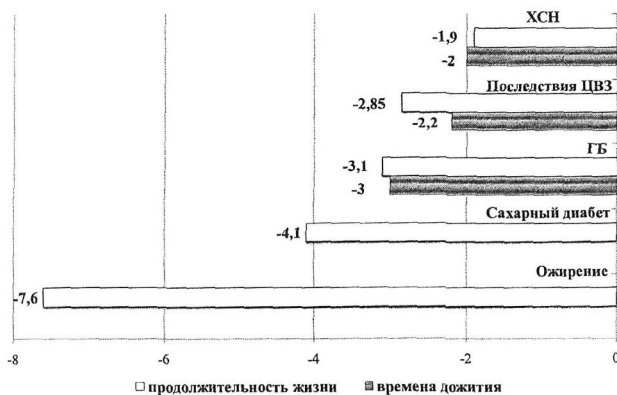


Рис.3. Времена жизни в зависимости от некоторых болезней и состояний

Следовательно, сокращение ожидаемой продолжительности жизни при указанных заболеваниях определяется уменьшением её за счет периода дожития, т.е. за последние годы жизни. В этой связи вполне обоснованным является предложение о необходимости проведения антигипертензивной терапии у лиц 80 лет и старше (НУВЕТ, 2009), которую следует сочетать с программами, предусматривающими применение терапии ХСН, сахарного диабета и профилактики ожирения.

## ВЫВОДЫ

1. Заболеваемость в стационарном учреждении социального обслуживания общего типа «Геронтологический центр «Екатеринодар» составляет 396,7 случая на 100 проживающих. Госпитализированная заболеваемость (13,47 случая на 100 проживающих) не имеет различий по полу и находится ниже уровня официального показателя (16,50 случая на 100) за счет исключения госпитализаций по социальным мотивам. Госпитализации по терапевтическим показаниям осуществляются чаще (74,75%), чем по хирургическим (25,25%). Госпитализации, особенно повторные по одному и тому же заболеванию, являются независимым фактором, повышающим относительный риск смерти в 1,4 раза, в отличие от лиц, не нуждающихся в стационарном лечении.

2. Болезненность за период дожития наблюдавшихся пациентов увеличилась с 515,9 до 984,3 случая на 100 и сопровождалась ростом коморбидности.

3. Коморбидность среди пациентов за время дожития их в социальном стационаре увеличилась в 1,9 раза (с 5,1 до 9,8), а в связи с сердечно-сосудистой патологией - в 1,2 раза (с 2,5 до 3,1 заболевания).

4. Вне зависимости от сочетаний сердечно-сосудистых заболеваний, осложнения их являются независимым фактором риска, увеличивающим вероятность смерти в 1,7 раза от хронической сердечной недостаточности, в 1,9 раза от пароксизмальных расстройств ритма и в 1,5 раза от последствий цереброваскулярных заболеваний. Среднегодовая смертность в стационарном учреждении социального обслуживания (9,7%) не отличается между мужчинами (8,6%) и женщинами (10,2%) и сопоставима с показателями смертности в крае среди лиц старше 70 лет.

5. Ожидаемая продолжительность жизни проживающих в геронтологическом центре составляет по медиане 88,2 года и при раздельном анализе сопоставима у мужчин (81,1 года) и женщин (82,7 года) с одинаковыми сроками дожития (7,0 года). Уменьшение времен дожития наблюдавшихся зависит от уровня болезненности и заболеваний, явившихся причиной направления их на постоянное жительство в социальный стационар в связи с частичной или полной утратой автономии. В случаях если имеется до 5 заболеваний – срок дожития по медиане составляет 7,3 года, от 6 до 10 – 6,8 года, 11 и более заболеваний – 3,5 года ( $p < 0,05$ ).

6. Важное место при реализации программы по эффективному повышению медицинской помощи в стационарных учреждениях социального обслуживания должно отводиться мониторингу и комплексной оценке состояния здоровья подопечных социальных стационаров по показателям заболеваемости, болезненности, смертности и временам жизни.

## **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. В связи со сложностью организации мониторинга здоровья по общепринятым показателям отделу домов-интернатов департамента социальной защиты населения Краснодарского края для оперативного контроля за качеством медицинской помощи рекомендуется на первом этапе организовать компьютерный анализ выживаемости, что в режиме реального времени позволит определять времена жизни, показатели смертности и проводить расчеты прямых и косвенных затрат при планировании медико-социальной помощи проживающим в стационарном учреждении социального обслуживания.

2. Администрациям и медицинским службам стационарных учреждений социального обслуживания рекомендуется поддерживать на достаточном уровне профилактику острых инфекционных заболеваний дыхательных путей и планировать в необходимых объемах вакцинацию больных с высоким риском осложнений. В целях профилактики травма-

тизма необходимо обеспечить всех нуждающихся вспомогательными средствами передвижения.

3. Для своевременной диагностики неблагоприятных исходов и осложнений рекомендуется формировать группы «особого риска» для наблюдения за подопечными, имеющими коморбидную сердечно-сосудистую патологию. В эту группу с целью разработки индивидуальных программ лечения и реабилитации должны быть включены также пациенты с другими заболеваниями, уменьшающими продолжительность жизни.

4. Материалы исследования могут быть использованы в учебном процессе, особенно в программах профессиональной переподготовки и повышения квалификации врачей гериатров, организаторов здравоохранения и социальной работы.

## **СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

*Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки РФ*

1. *Бабичева О.В.* Функциональные способности, болезненность и времена жизни престарелых людей в геронтологическом центре (по результатам 5-летнего проспективного исследования)/О.В.Бабичева, Ю.С. Кокарев, Л.В. Кривцова// Кубанский научный медицинский вестник, 2006, №3-4 (84-85), С.58-63.

2. Методологические проблемы исследования качества жизни в геронтологической практике/Ю.С.Кокарев, Н.В.Иванова, Л.В.Кривцова, О.В.Бабичева//Росс. НИИ геронтологии Минздрава РФ. Альманах «Геронтология и гериатрия», М. – 2004. –Вып. 3. – С.11-14.

*Статьи в сборниках*

3. *Бабичева О.В.* Госпитализированная заболеваемость и риски смерти у проживающих в геронтологическом центре/О.В. Бабичева, Ю.С. Кокарев, Л.В. Кривцова//Сб. матер. в межрегиональной научно-практ. конф. «Экономические и социально-экологические преобразования в системе устойчивого развития Северо-кавказского региона», Майкоп.– 2006.– С.80-83.

4. Динамика заболеваемости старых людей, проживающих постоянно в социальном стационаре/Ю.С. Кокарев Л.В. Кривцова, О.В. Бабичева, Н.В. Иванова//Медико-социальные аспекты лечебно-диагностической помощи в современных условиях: сборник статей (под общ.ред. В.В. Колесникова) – Краснодар. – 2008. – С.113-125.

5. Историческое когортное исследование болезненности, заболеваемости и смертности в геронтологическом центре/Ю.С.Кокарев,

О.В. Бабичева, Р.Ю. Кокарева, Н.В. Иванова, Ю.М. Трусов// Сб. матер. науч. прак. конф. «Медицина будущего», Краснодар-Сочи.– 2002.– С.9-10.

6. Методологические аспекты исследования способностей к самообслуживанию престарелых, проживающих в геронтологическом центре /Ю.С. Кокарев, О.В. Бабичева, А.В. Орловский //«Актуальные проблемы гериатрии». Сб. научных трудов, посвященных 15-летию кафедры гериатрии С.-Пб. мед. академии ПЮ. С.-Пб., 2001, С.151-152.

7. Различия составляющих в психофизиологическом потенциале стариков, проживающих в социальном стационаре/Ю.С.Кокарев, Л.В.Кривцова, О.В.Бабичева, Р.Ю.Кокарева, И.Ш.Лашхия //Сб. матер. науч. практ. конф. «Медицина будущего», Краснодар-Сочи. – 2002.– С.9.

8. Субъективное представление о целостности и удовлетворенности жизни у престарелых людей с ишемической болезнью сердца/ Ю.С. Кокарев, О.В. Бабичева, Р.Ю. Кокарева, Л.В. Кривцова// Сб.науч.статей «Теоретические и прикладные аспекты здоровья населения Северного Кавказа», Майкоп. – 2002. – С. 159-167.

#### *Тезисы докладов*

9. *Бабичева О.В.* Может ли снижение функциональных способностей у стариков быть предиктором наступления «скорой» смерти/ О.В. Бабичева, Ю.С.Кокарев, Л.В.Кривцова//X Международная научно-практ. конф. «Пожилой больной. Качество жизни».– Москва.– 2005.– С.98.

10. *Бабичева О.В.* Оценка смертности и структуры её у старых людей, постоянно проживающих в стационарном учреждении социального обслуживания/О.В. Бабичева, Ю.С. Кокарев//XIII Международная науч.-практ. конф. Клиническая геронтология.–2008.–№9.–Т 14.–С. 107.

11. Причины смерти среди проживающих в геронтологическом центре/ Ю.С. Кокарев, Е.В. Корецкая, Ф.А. Равилов, Р.Ю. Фролов, Т.М. Семенихина, Н.В. Орехова, О.В. Бабичева, Е.Г. Атаманенко//V Междунауч.-практ. конф. «Пожилой больной. Качество жизни» Москва, 28-29 сентября 2000 г., Клиническая геронтология. – 2000.– №7-8.– С.113-114.

12. Смертность и времена дожития престарелых в доме-интернате/ Ю.С. Кокарев, О.В. Бабичева, Л.В. Кривцова, Н.В. Иванова// Сб.научи.статей «Проблемы демографии, медицины и здоровья населения: история и современность» Матер.Всероссийской науч.-практ.конф., Пенза. – 2005. – С. 104-106.

**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ, ИСПОЛЗУЕМЫХ В АВТОРЕФЕРАТЕ**

- ГБ – гипертоническая болезнь  
ГЦ – геронтологический центр  
ИБС – ишемическая болезнь сердца  
ОИМ – острый инфаркт миокарда  
ОПЖ – ожидаемая продолжительность жизни  
ОР – относительный риск  
СД – сахарный диабет  
СУСО – стационарные учреждения социального обслуживания  
ХОБЛ – хроническая обструктивная болезнь легких  
ХСН – хроническая сердечная недостаточность  
ЦВЗ – цереброваскулярные заболевания

**БАБИЧЕВА Ольга Васильевна** ПОКАЗАТЕЛИ ЗДОРОВЬЯ ЛИЦ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПОСТОЯННО ПРОЖИВАЮЩИХ В СТАЦИОНАРНОМ УЧРЕЖДЕНИИ СОЦИАЛЬНОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ // Автореф. дис. канд. мед. наук: 14.01.30 – СПб., 2010. –22 с.

---

Подписано в печать «27» сентября 2010. Формат 60\*84 1/16.

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

Тираж 100 экз. Заказ 94.

---

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт - Экспресс»

197376, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А