

В августе 2011 г. пациентка повторно проходила лечение у ревматолога по поводу остеоартроза коленных суставов (НПВП и хондропротекторы были назначены внутримышечно, per os и местно, глюкокортикостероиды – внутрисуставно). В связи с обнаружением уреaplазмы одновременно принимала кларитромицин 1000 мг/сут и «профилактически» пероральный противогрибковый препарат (3 таблетки) (значительное превышение дозировки!). Лечение продолжалось до 12.09.11. Через 2 недели после его прекращения у больной появились тошнота, рвота по утрам и после еды. 07.10.11 после употребления алкоголя повысилась температура до 39°C, в связи с чем вводилась литическая смесь. С 08.10.11 появились признаки стоматита, хейлита, глоссита (обрабатывала полость рта местными средствами). 10.10.11 после повторного употребления алкоголя рвота усилилась, пропал аппетит, отмечалось потемнение мочи, температура тела повысилась до 37–37,5°C, появилась тяжесть в правом подреберье, выраженная слабость. 14.10.11 появилось желтушное окрашивание склер и кожи, гепатомегалия. С подозрением на вирусный гепатит (в последующем серологически и генетически не подтвержден) пациентка была госпитализирована в инфекционную больницу, где назначались антибактериальные, противорвотные средства, спазмолитическая и дезинтоксикационная терапия. Эффекта от лечения не отмечалось, 19.10.11 состояние ухудшилось, впоследствии практически полностью пропало зрение сначала на один, а затем на оба глаза. После с исключения вирусной природы патологии печени больная была переведена в гастроэнтерологическое отделение. Объективно при осмотре 28.10.11: ожирение 2–3-й степени, умеренная желтушность склер и кожи, гиперемия слизистой оболочки полости рта. На плечах, боковых поверхностях живота – стрии и расширенные поверхностные вены. Печень +18 см по правой срединноключичной линии, плотная, гладкая, умеренно болезненная, край закруглен, ровный. Селезенка не пальпируется. Пастозность голеней. УЗИ: гепато- (+ 11 см), спленомегалия (142 x 62 см), диффузные изменения паренхимы печени, признаки хронического холецистита, хронического панкреатита. Заключение по результатам эзофагогастродуоденоскопии: очагово-атрофический антральный гастрит. Осмотр офтальмолога: токсический неврит зрительных нервов.

Магнитно-резонансная томография головного мозга: признаки наружной неокклюзионной гидроцефалии, ретробульбарный отек.

Анализ крови: лейкоциты – 8,0–9,5x10⁹/л, эритроциты – 3,01–2,79x10¹²/л, гемоглобин – 110–105 г/л, тромбоциты – 231–197x10⁹/л, ретикулоциты – 8%, СОЭ 10–13 мм/ч. Мочевина 3,0 ммоль/л, креатинин 59 мкмоль/л, общий белок 68 г/л, альбумины – 58%, α1 – 4%, α2 – 8%, β – 10%, γ – 20%, холестерин 6,54 ммоль/л, общие липиды 5,9 г/л; глюкоза крови 4,98 ммоль/л. Медь в крови, медь в суточной моче, сывороточный церулоплазмин (25,9 мг/дл) – в норме. Калий плазмы крови (4,2 ммоль/л), натрий крови (144 ммоль/л), хлор (102) – в норме. Амилаза крови 18–64 ед., билирубин 57 ммоль/л (прямой – 20 ммоль/л, непрямой – 37 ммоль/л), ЩФ – 345 Ед/л (норма – до 258), ГГТП – 262 мкмоль/л (норма – до 50), серомукоид – 0,76 единиц оптической плотности, СРБ++, тимоловая проба – 2,8 единиц (норма), АЛТ – 64 ммоль/л, АСТ – 60 ммоль/л, активированное

частичное тромбопластиновое время – 37 с, тромбиновое время 15 с (норма), фибриноген 3552 г/л, растворимые фибрин-мономерные комплексы – отрицательный результат (норма), антитромбин 90% (норма). Иммуноферментный анализ (ИФА) крови: выявлены антитела класса IgG против вируса простого герпеса, цитомегаловируса (ЦМВ), токсоплазмоза в титре 1:3200 с авидностью 100% при отрицательном IgM. Положительные тесты на вирус Эпштейна–Барр, микоплазму (слабо положительная реакция, 1:5), уреaplазму (резко положительный, 1:80). ИФА и полимеразная цепная реакция (ПЦР) на вирусные гепатиты В и С повторно – результат отрицательный. Волчаночные антитела – 6 ед/мл (норма – до 25), антитела к фосфолипидам класса М – 9,0 ед/мл (норма – до 10), класса G – 9,0 ед/мл (норма – до 10), антитела к нуклеосомам 19 Е/мл (норма – до 20), антимитохондриальные М2-антитела класса G – 6 оптических единиц (норма – до 20). Онкомаркеры (СА 19-9, РЭА), α-фетопротеин – отрицательный результат.

На основании клинко-анамнестических и лабораторно-инструментальных исследований поставлен диагноз: «Острый лекарственный гепатит с отсроченной клинической манифестацией, тяжелое течение, с гепатоспленомегалией, желтухой, печеночной недостаточностью 2-й ст., на фоне хронической поливирусно-бактериальной (токсоплазма, уреaplазма, микоплазма, ЦМВ, вирусы Эпштейна–Барр, простого герпеса) инфекции, стеатоза печени и ожирения 2–3-й ст. Вторичная энцефало- и полинейропатия. Токсический неврит зрительных нервов. Стоматит. Хронический холецистит с дисфункциональным расстройством билиарного тракта, ст. нестойкой клинической ремиссии. Хронический панкреатит, персистирующее течение. Артериальная гипертензия 1-й степени, 1-й стадии, высокий риск». Назначено лечение: метилпреднизолон 24 мг/сут, урсодезоксихолевая кислота 750 мг/сут, лактулоза 60 мл/сут в 2 приема, лизиноприл 5 мг/сут, адеметионин в/в капельно 800 мг/сут, пантопразол 20 мг/сут на ночь. Контроль функций печени, системы гемостаза, динамическое наблюдение офтальмолога, невролога. Повторный осмотр пациентки состоялся спустя 10 дней. На фоне проводимой терапии отмечалось улучшение самочувствия. Желтуха значительно уменьшилась, сохраняется субиктеричность. Зрение правого глаза восстановилось полностью, левого – частично. Размеры печени сократились на 3–4 см, ее консистенция стала более мягкой. В анализе крови: лейкоциты – 9,0x10⁹/л, эритроциты – 3,55x10¹²/л, гемоглобин – 129 г/л, тромбоциты – 310x10⁹/л, ретикулоциты – 21%, СОЭ – 9 мм/ч. Билирубин – 36 ммоль/л (прямой – 16, непрямой – 20), ЩФ – 206 (до 258), ГГТП – 62 (до 50), АЛТ – 126, АСТ – 119 ммоль/л (рост активности трансаминаз расценен как показатель восстановления функциональной активности гепатоцитов). Постепенно снижается доза метилпреднизолона, доза лактулозы уменьшена до 30 мл/сут, добавлен гепатопротектор. Лечение пациентки продолжается.

А

Окончание статьи читайте в следующем номере журнала «Архив внутренней медицины».

Н.В. Агранович¹, В.О. Агранович², М.С. Кульнева¹

УДК 613.98(045)

¹ ГОУ ВПО Ставропольская государственная медицинская академия, кафедра поликлинической терапии

² ГУЗ Ставропольский краевой центр лечебной физкультуры и спортивной медицины

ПОВЫШЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ ПУТЕМ ПРОЛОНГИРОВАНИЯ АКТИВНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ

Резюме

В клинической гериатрической практике сложилось не совсем верное представление о старости как болезни. Активный образ жизни в позднем возрасте зависит от множества факторов, понимание которых способствует успешной реализации политики и программ, направленных на формирование модели интегрированной старости. В этой связи актуальным представляется необходимость анализа основных медико-социальных факторов, сужающих возможность продления активного образа жизни пожилых людей. Каждый из этапов медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста имеет свои особенности, которые следует учитывать при дальнейшем совершенствовании помощи данной категории лиц. И только их гармоничное сочетание позволит повысить качество и сохранить активную жизненную позицию на многие годы.

Ключевые слова: пожилые люди, качество жизни, организация медицинской помощи.

Abstract

Clinical geriatric practice, you must exclude the idea of old age as a disease. An active lifestyle in later age depends on many factors, understanding that successful implementation of policies and programs aimed at creating an integrated model. Relevant in this regard is the need to analyze the basic medical and social factors, narrowing the possibility of extending the active lifestyles of elderly people. Each of the stages of medical and social assistance to the elderly and senile age has its own characteristics to be taken into account in the further improvement of this category of persons. And only their harmonious combination will improve quality and save the active life position for many years.

Key words: elderly people, quality of life, organization of medical care.

Среди наиболее важных проблем, стоящих перед мировым сообществом, выдвинулась проблема старения населения как в отдельно взятой стране, так и в целом на земном шаре. Если в 2000 г. численность людей старше 60 лет составляла 610 млн человек, то, по прогнозам ООН, к 2015 г. пожилое население мира превысит 1,5 млрд и составит около 25%. В связи с этим в настоящее время проблема старения населения является крайне актуальной для общества. Неслучайно 2011 г. был объявлен Международным годом пожилого человека. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) определяет активное старение как «процесс оптимизации возможностей в плане здоровья, участия и безопасности в целях повышения качества жизни по мере старения людей» [9]. Принятие ВОЗ Концепции активного старения является попыткой определения специфики данного феномена и выявления характерных для этого процесса особенностей.

Многочисленные исследования и труды, начиная с работ древних мыслителей, посвящены снижению физических способностей организма и преодолению этих последствий в пожилом и старческом возрасте. По оценкам геронтологов, 60–74 года — очень сложный период. В этом возрасте наиболее ярко проявля-

ются клинические инволюционные изменения, заболевания, характерные для пожилых людей, и именно в этом возрасте организм человека переходит из одного качественного состояния в другое, требующего в значительно большей степени врачебного контроля [5].

Однако, по утверждению известного геронтолога В.Д. Альперовича, большинство отечественных медицинских работников плохо знакомы с особенностями стареющего организма [3]. Не являясь болезнью, старение создает предпосылки развития патологий, ассоциированных с возрастом. В клинической гериатрической практике необходимо исключить представление о старости как болезни. Врач должен обладать довольно широким диапазоном знаний в области биологии старения человека, профилактики преждевременного старения, что позволит решить задачи сохранения здоровья, поддержания активного долголетия и продолжения трудовой деятельности пожилого человека, а также формирования нового жизненного стереотипа. В связи с этим еще в 1995 г. приказом № 33 Министерства здравоохранения РФ утверждена новая специальность — врач-гериатр, получили активное развитие гериатрические школы, была расширена патронажная служба для людей пожилого и старческого возраста.

* Контакты. E-mail: nagra novich@mail.ru. Телефон: (88652) 37-06-91

Старение и болезни — понятия трудноразделимые во врачебной практике, главным образом в связи с частым сочетанием старения с патологией внутренних органов. Поэтому ключевыми и основополагающими позициями проблемы старшего поколения следует признать как медицинский, так и социальный аспекты.

ПОНЯТИЕ АКТИВНОГО ОБРАЗА ЖИЗНИ В ГЕРИАТРИИ

Активный образ жизни в позднем возрасте зависит от множества факторов, понимание которых способствует успешной реализации политики и программ, направленных на формирование модели интегрированной старости. Обобщенное понимание модели интегрированной старости подразумевает позитивную жизненную перспективу, в рамках которой пожилые люди смогли бы найти свое место и обрести значимую роль, которая связывала бы их с обществом. В этой связи актуальным представляется необходимость анализа основных медико-социальных факторов, сужающих возможность продления активного образа жизни пожилых людей [4, 6].

Частичное ухудшение здоровья в значительно меньшей степени влияет на отказ от активной жизненной позиции в позднем возрасте. Так ответили 58,8% опрошенных пожилых людей [7]. При этом сохранение и поддержание здоровья в контексте активной старости, с точки зрения участников анкетирования, является личной инициативой каждого человека (так считают 52,2% респондентов).

Но значительная потребность геронтологической группы в медицинских услугах не всегда является обязательным условием обращений за врачебной помощью. Так, согласно данным Министерства здравоохранения и социального развития РФ, в 2010 г. выявлена достаточно низкая активность пожилого населения в отношении поддержания и сохранения собственного здоровья: более половины (58%) обращаются к врачу, только если что-то начинает сильно беспокоить; 23,3% людей пожилого и старческого возраста регулярно проходят медицинские осмотры, но только по приглашению поликлиники (из них 29,8% имеют инвалидность); 5,2% пожилых людей проходят медицинские осмотры только после убеждения врача о необходимости этих мер (из них 38% имеют инвалидность).

По результатам проведенного исследования [7], альтернативным способом поддержания здоровья (без обращения к врачу) у пожилых людей является:

- самолечение, в основе которого лежит жизненный опыт (46%);
- использование прежних предписаний врача (18,3%);
- советы соседей и знакомых (15,4%);
- информация из медицинской литературы (11,9%);
- советы работников аптек (7,2%);
- информация из Интернета (4,2%).

Эти цифры в полной мере согласуются с данными, полученными нами при проведении анкетирования больных пожилого и старческого возраста с запущенными формами заболевания [2]. На вопрос, почему они поздно обратились или вовсе не обратились к врачу при появлении недомогания, ответы распределились следующим образом:

- пренебрежительное отношение к своему здоровью (не обращали внимания) — 56%;
- не знали основных симптомов заболевания — 21%;
- самостоятельно лечились по совету знакомых, родственников, средств массовой информации — 19%;
- не хотели (депрессия, отсутствие желания жить и т.д.) — 4%.

Такое отношение не способствует активной жизненной позиции по сохранению здоровья. В связи с этим основной стратегической задачей медико-социальной помощи в России лицам пожилого и старческого возраста является сохранение и улучшение качества их жизни. Стратегию медико-социальной помощи условно можно разделить на два основных направления: *профилактическая и патогенетическая медико-социальная помощь* [8]. Медико-социальная помощь пожилым и старым людям профилактической направленности включает мероприятия по предупреждению и сохранению здоровья; профилактику социально зависимых нарушений психосоматического здоровья; формирование установок нового жизненного стереотипа и здорового образа жизни; обеспечение доступа к информации по вопросам здоровья, социально-правовой защиты и государственных законов, определяющих доступность реализации социально-политических возможностей лиц старших возрастных групп.

Медико-социальная работа патогенетической направленности включает мероприятия по оказанию медико-социальной помощи гериатрическим пациентам; проведения медико-социальной экспертизы; осуществление медицинской, социальной и профессиональной реабилитации пожилых и инвалидов; проведения коррекции психического статуса; создание реабилитационной социально-бытовой инфраструктуры, обеспечение преемственности во взаимодействии специалистов смежных профессий и др.

При организации лечебно-профилактической помощи людям пожилого и старческого возраста особое внимание должно уделяться совершенствованию внебольничных форм лечения, то есть усилению гериатрической направленности прежде всего поликлинических учреждений. Это вызвано двумя основными причинами:

1. неуклонный рост потребности в организации амбулаторно-поликлинической помощи этим пациентам;
2. стремление большинства пожилых пациентов контактировать в процессе лечения с родными, близкими, друзьями, не изменять привычки и условия пребывания в домашней обстановке [4].

СОЦИАЛЬНАЯ АДАПТАЦИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Нельзя не согласиться, что гериатрия — это проблема межведомственная. И помимо медицинского аспекта, немаловажное значение для пожилых людей приобретает и социальный, в частности важность продолжения профессиональной и трудовой деятельности.

Необходимо отметить, что это еще один барьер, встающий на пути развития концепции активного образа жизни в старости. Возрастная дискриминация на рынке труда создает и укрепляет «неравноправие» между пожилыми и молодыми людьми. Находясь в системе принципов занятости устойчивого уровня, «возрастные барьеры препятствуют тому, чтобы пожилые рабочие остались в рамках рынка труда или присоединились к нему после выхода на пенсию» [9, 10]. В результате пожилые работники практически исключены из сферы занятости и зачастую отстранены от возможности трудоустроиться. Тем не менее, возможность продолжать профессиональную деятельность, оставаться нужным и востребованным обществом является для пожилых людей одной из главных причин для активной жизненной позиции и сохранения здоровья.

Идея непрерывной экономической интеграции пожилых работников подкрепляется данными исследований, доказывающих, что значительное число людей старше 60–65 лет могут фактически продолжать работать и способствовать развитию общества. Подчеркивается, что снижение познавательных способностей пожилых людей является постепенным и происходит медленнее и позже, чем принято считать, и этих ресурсов достаточно для многих видов трудовой деятельности.

По данным проведенного Е.В. Чернышковой исследования [7], снижение физических способностей организма, изменения моторики и скорости реакций не является причиной отказа от продолжения трудовой деятельности, т.к. это полностью компенсируется богатым профессиональным или жизненным опытом (52,2%), социальной осведомленностью (24,8%), высоким уровнем мотивации к работе (23%).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, для сохранения здоровья и желания продолжать вести активный образ жизни у лиц пожилого возраста необходимо обеспечить:

1. доступность квалифицированной медицинской и профилактической помощи пожилым людям;
2. повышение ответственности каждого пожилого человека за свое здоровье;
3. пропаганду здорового образа жизни;
4. государственный контроль трудоустройства с возможностью выбора форм и видов трудовой деятельности;

5. законодательное запрещение дискриминации по возрасту;
6. создание возможностей повышения квалификации или переквалификации.

Каждый из этапов медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста имеет свои особенности, которые следует учитывать при дальнейшем совершенствовании помощи данной категории лиц. И только их гармоничное сочетание позволит повысить качество и сохранить активную жизненную позицию на многие годы. Следует помнить, что отношение к пожилым людям является одним из общественных критериев социального благополучия, в том числе и потому, что общество обязано возратить старшему поколению то, что брало у них в кредит в их трудоспособном возрасте, в котором производится намного больше, чем потребляется.

A

Список литературы

1. Агранович В.О., Агранович Н.В., Свиридова С.Ф. Организация здорового образа жизни населения как основа первичной профилактики наиболее значимых неинфекционных заболеваний // Модернизация первичного звена здравоохранения: акцент на здоровый образ жизни, профилактику, раннюю диагностику, эффективную фармакотерапию. Сборник статей II Конгресса врачей первичного звена здравоохранения юга России. Ростов-на-Дону, 2011. С. 10–16.
2. Агранович Н.В., Кнышова С.А., Свиридова С.Ф., Кнышов Ю.Ф. О целесообразности проведения скринингового исследования для оценки состояния здоровья человека на примере раннего выявления патологии почек // Актуальные проблемы региональной нефрологии. Материалы III Съезда нефрологов Юга России. Ростов-на-Дону, 2010. С. 18–20.
3. Альперович В.Д. Проблемы старения: демография, психология, социология. М.: ООО «Издательство Астрель», ООО «Издательство АСТ», 2004. С. 118–119.
4. Арьев А.Л. Философия старости: геронтософия // Сборник материалов конференции. Вып. 24. СПб.: Санкт-Петербургское философское общество, 2002. С.108–112.
5. Григорьева И.А. Приоритеты социальной политики: пожилые люди // Журнал социологии и социальной антропологии. 2005. Т. 8, № 3. С. 131–145.
6. Кесаева Ж.Э. Социологический анализ медико-социальной работы с пожилыми людьми. Автореф. дис. ... канд. социол. наук. Волгоград, 2008.
7. Чернышкова Е.В. Медико-социальные риски пролонгирования активного образа жизни пожилых людей // Фундаментальные исследования. 2012. № 3. С. 358–361.
8. Яковлев В.М., Сохач А.А. Введение в геронтологию и клиническую гериатрию. Ставрополь, 2010. 78 с.
9. Active Aging. A Police Framework. URL: <http://www.alter-migration.ch/data/5/WHOactiveageing.pdf>; URL: <http://www.alter-migration.ch/data/5/WHOactiveageing.pdf> / 2010/11.
10. Walker A. A Strategy for Active Ageing // International Social Security Review. 2002. Vol. 55, № 1. P. 121–139.