

**Библиография:**

1. Габриелян А.Р. Здоровоохранение в условиях рыночной экономики. Спрос, предложение и рыночные структуры в здравоохранении. *Социальные аспекты здоровья населения* [электронный научный журнал] 2013; 34 (6). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/522/30/lang,ru/> (Дата обращения 26.04.2014)
2. Ганьшин И.Б., Шеленберг Л.В. Изучение доминирования во взаимоотношениях врач – пациент. *Медицинские науки* 2013;(6):19-20.
3. Денисов В.И. Качество жизни: сущность, оценка, стратегия формирования. Москва: ИД «ВНИИ технической эстетики»; 2000. 124 с.
4. Мартынов А.А., Власова А.В. Эффективность решения задач по обеспечению населения Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощью. *Проблемы стандартизации в здравоохранении* 2014;(3):3–11.
5. Сквирская Г.П., Ильченко И.Н., Сырцова Л.Е. Укрепление здоровья и профилактика заболеваний как основа государственной социальной политики в сфере здравоохранения. *Вопросы экономики и управления для руководителей здравоохранения* 2007;(12):7-19.
6. Стасевич Н.Ю., Оленев А.С. Методические подходы к формированию цен на медицинские услуги. *Социальные аспекты здоровья населения* [электронный научный журнал] 2018; 60 (2).
7. Улумбекова, Г. Э. Здравоохранение России: итоги 2010 г. Что надо делать дальше? *Менеджер здравоохранения*. 2011;(3):6-20.
8. Шурупова Р. В. Слово о методике. *Врач скорой помощи*. 2011;(5):36-39.
9. Шурупова Р. В. Этические идеалы и новации в обучении. *Медсестра*. 2009;(1):54-57.

---

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ И РАЗРАБОТКА МЕТОДИКИ ОЦЕНКИ "КАЧЕСТВА ЖИЗНИ" ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА С ОФТАЛЬМОДИАБЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИЕЙ**

---

*Таркинская Довлетханум Шангереевна,  
Анисимова Мария Михайловна*

*ассистенты Учебно-методического центра ФГУП «Всероссийского научно-исследовательского института железнодорожной гигиены Роспотребнадзора», г. Москва*

*Алиев Ахмед Курбанович*

*ассистент кафедры инновационного медицинского менеджмента Академии последипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва*

**РЕЗЮМЕ.**

**Актуальность.** Одной из актуальных проблем современной офтальмологии и эндокринологии является лечение различных видов офтальмодиабетологической патологии у лиц пожилого и старческого возраста, являющейся причиной слепоты и слабовидения населения данной возрастной группы в 16,0% случаев и в ежегодной первичной инвалидностью по органу зрения у более чем у 10,0% пациентов.

**Цель работы:** разработать методику оценки "качества жизни" пациентов пожилого и старческого возраста с офтальмодиабетологической патологией в медицинских организациях.

**Результаты.** Разработанный новый опросник «КЖ -1» разделён на две составляющие – вопросы, направленные на субъективную оценку состояния «больного глаза» (10 вопросов) и вопросы, направленные на оценку зрительной пространственной ориентации обоих глаз с диабетологической патологией.

Установлен факт наиболее высокого уровня КЖ у пациентов с отслойкой сетчатки (41,2%) в сравнение с пациентами, у которых была сопутствующая диабетологическая патология (28,9%).

**Выводы.** Разработанная методика «КЖ-1» по сравнению с «КЖ-25» и «КЖ-9» характеризуется наибольшей клинико-статистической эффективностью, что подтверждается более высоким уровнем корреляции как со всем (36 значений) комплексом показателей (средняя величина КК = 0,44±0,03 по сравнению с 0,15±0,03, p≤0,01 и 0,35±0,01, p≤0,05), так и с наиболее информативными клинико-статистическими показателями, отображающими состояние зрительной системы пациента пожилого и старческого возраста при офтальмодиабетологической патологии.

**Ключевые слова:** пожилой и старческий возраст, офтальмодиабетологическая патология, качество жизни, программа.

**SUMMARY. Urgency.** One of the urgent problems of modern ophthalmology and endocrinology is the treatment of various types of ophthalmodiabetological pathology in the elderly and senile age, which is the cause of blindness and poor vision in the population of this age group in 16.0% of cases and in the annual primary visual disability in more than 10.0% of patients.

**Objective:** to develop a methodology to assess the "quality of life" of patients of elderly and senile age with ophthalmodiabetological pathology in health care organizations.

**Results.** The developed new questionnaire "Kj-1" is divided into two components – questions aimed at the subjective assessment of the "patient's eye" (10 questions) and questions aimed at assessing the visual spatial orientation of both eyes with diabetological pathology.

The fact of the highest level of QOL in patients with retinal detachment (41.2%) was established in comparison with patients who had concomitant diabetic pathology (28.9%).

**Summary.** The developed technique "Kj-1" compared with "Kj-25" and "Kj-9" is characterized by the highest clinical and statistical efficiency, which is confirmed by a higher level of correlation with all (36 values) set of indicators (average value of  $KK = 0.44 \pm 0.03$  compared to  $0.15 \pm 0.03$ ,  $p \leq 0.01$  and  $0.35 \pm 0.01$ ,  $p \leq 0.05$ ), and with the most informative clinical and statistical indicators that reflect the state of the visual system of the elderly and elderly patients with ophthalmological pathology.

**Key words:** elderly and senile age, ophthalmodiabetological pathology, quality of life, program.

**Введение.** Старение населения – важнейшая медицинская, социальная и экономическая проблем современности. Основная причина - увеличение средней продолжительности жизни и снижение рождаемости, в результате чего соответственно уменьшается процент лиц молодого возраста. Проблема старения населения требует решения важных вопросов, связанных со здравоохранением и социальной сферой, а именно: развитие гериатрической службы, охрана здоровья пожилых людей, профилактика инвалидности, создание системы реабилитации, занятость, социальное обеспечение [1,2,3].

В настоящее время в связи с увеличением удельного веса людей пожилого и старческого возраста в популяции наблюдается закономерный процесс «гериатризации» медицины [4,5]. Он характеризуется тем, что в рамках отдельных клинических специальностей происходит накопление научной информации и практического опыта в отношении особенностей диагностики, лечения и реабилитации заболеваний у людей пожилого и старческого возраста [6]. В этой связи в международной практике широко изучаются гериатрические синдромы, которые сопровождаются разнообразными заболеваниями пожилого и старческого возраста и являются предметом первоочередного внимания специалистов в области гериатрии [7]. К таким синдромам относят гипомобильность, мальнутрицию, недержание мочи и кала, падения, синдром когнитивного дефицита, дегидратацию, нарушения терморегуляции и офтальмодиабетологическую патологию. [8,9].

**Цель работы:** разработать методику оценки "качества жизни" пациентов пожилого и старческого возраста с офтальмодиабетологической патологией в медицинских организациях различных форм собственности.

**Методы исследования.** В работе использовался комплексный подход а исследованию качества жизни (КЖ) у пациентов пожилого и старческого возраста с офтальмодиабетологической патологией, основанной на сравнительной оценке трёх методов обследования качества жизни пациентов, а также применении медико-статистических, клинико-статистических исследований функционального состояния зрительного анализатора. Исследование выполнялось на базе Дагестанского центра Микрохирургии глаза Республики Дагестан с использованием компьютерного регистра, где на диспаснерном учёте состоит 11 508 пациентов пожилого и старческого возраста. Медико-социальная характеристика была дана 159 пациентам пожилого и старческого возраста.

Исследование «качества жизни» пациентов пожилого и старческого возраста выполнялось по разработанному опроснику «КЖ-1» и традиционным методикам «КЖ-25» (русифицированный вариант опросника "VFQ-25") и «КЖ-9» (русифицированный модифицированный вариант опросника ("VF-25").

Уникальным явлением данного исследования явилась разработка обственной методики оценки КЖ-1, состоящая из двух частей. Авторами была выполнена экспертная врачебная оценка, по результатам которой были определены весовые коэффициенты каждого из возможных ответов в диапазоне от 200 до 50.

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с использованием прикладной компьютерной программы Statistica 7.0 (StatSoft, Inc., США) на основе применения стандартных параметрических методов оценки среднего и ошибки среднего значения показателя ( $M \pm m$ ) или стандартного отклонения ( $M \pm \delta$ ), а также критерия Стьюдента. При этом анализ выполнялся как по стандартным, так и по «дельтовым» (после-до) показателям каждого пациента. В общем в виде статистически достоверными признавались различия, при которых уровень достоверности ( $p$ ) составлял либо 95% ( $p \leq 0,05$ ), либо более 99% ( $p \leq 0,001$ ) в остальных случаях различия признавались статистически недостоверными ( $p \geq 0,05$ ).

**Результаты.** Разработанный опросник «КЖ - 1» разделён на две составляющие – вопросы, направленные на субъективную оценку состояния «больного глаза» (10 вопросов) и вопросы, направленные на оценку зрительной пространственной ориентации обоих глаз с диабетологической патологией.

Выявлен интересный факт наиболее высокого уровня КЖ у пациентов с отслойкой сетчатки (41,2%) в сравнение с пациентами, у которых была сопутствующая диабетологическая патология (28,9%).

По субъективной оценки КЖ самими пациентами наихудшее восприятие было по составляющим «Больной глаз» и «Зрительная ориентировка».

Нами изучено 404 случая оказания гериатрической помощи пожилым пациентам с острыми и обострениями хронических заболеваний в государственных медицинских учреждениях.

В частности, при изучении клинической картины хронических соматических и офтальмологических заболеваний пациентов группы наблюдения нами были выявлены следующие закономерности.

Была изучена частота встречаемости 29 ведущих клинических синдромов, из которых достоверно чаще встречались следующие: наличие болезненных ощущений в глазах, в том числе появление точек перед глазами, кровоизлияния на глазном яблоке – 294 пациента или 86,2%; головные боли, которые ограничивают передвижение – 292 пациента (85,4%); ограничения подвижности позвоночника, в том числе при сгибаниях – 291 пациент (84,5%); частые и выраженные боли в суставах рук, ограничивающие жизнедеятельность – 260 пациентов (76,2%); ухудшение памяти на текущие события – 215 пациентов (62,9%); перебои в работе сердца – 209 пациентов (61,4%); головокружение – 195 пациентов (56,7%),  $p < 0,05$ .

Из других симптомов имели место: постоянная дрожь в руках – 109 пациентов (32,3%); затруднения при ходьбе из-за того, что «плохо слушаются

ноги» – 168 пациентов (49,2%); головные боли – 147 пациентов (42,5%); сжимающие или давящие боли за грудиной или в области сердца при ходьбе или физической нагрузке – 154 пациента или 45,4%; сжимающие или давящие боли за грудиной или в области сердца при психоэмоциональной нагрузке или в состоянии покоя – 153 пациента (45,2%); одышка при ходьбе или физической нагрузке – 75 пациентов (22,4%); одышка при психоэмоциональной нагрузке или в состоянии покоя – 55 пациентов (15,8%); появление отеков на нижних конечностях к концу дня – 48 пациентов (13,8%); постоянные отеки нижних конечностей – 113 пациентов (32,5%).

Кроме этого, отмечено наличие следующих симптомов (табл. 1).

Таблица 1

Частота встречаемости некоторых синдромов у людей пожилого и старческого возраста при оказании паллиативной помощи

Синдромы	Количество пациентов (абс.)	Количество пациентов (относ.,%)	Факторная нагрузка
Плохое состояние зубов	181	52,8	0,897
Сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке	154	45,4	0,856
Головные боли	147	42,5	0,852
Потеря чёткости изображения	140	41,3	0,842
Снижение зрения	72	21,3	0,799
Повышение артериального давления	147	42,5	0,764
Снижение слуха	120	34,5	0,732
Постоянные отеки ног	113	32,5	0,548

Выявлено, что один пациент предъявляет  $4,6 \pm 0,3$  жалобы, равноценные в отношении степени выраженности. Полученные результаты свидетельствовали о том, что пациенты, которым оказывалась медицинская паллиативная помощь, предъявляли значительное количество жалоб, что затрудняет процесс диагностики и может способствовать гиподиагностике ряда состояний, требующих неотложного врачебного вмешательства.

Анализ экспертной оценки примененных медицинских технологий показал, что только 6,9% (28 случаев) от общего числа изученных было признано отличными, хорошими – 53,1% (215 случаев), удовлетворительными – 30% (121 случай) и неудовлетворительными – 10% (40 случаев).

С целью выявления психологических особенностей оказания паллиативной помощи в гериатрии нами были изучены психологические особенности

личности пациентов, которые получали данный вид медицинских услуг. В частности, выявлены причины снижения уровня здоровья: 280 респондентов (82,4%) указало на то, что снижение уровня здоровья происходит по причине возраста, 140 пациентов (41,2%) – в связи с низкой доступностью медицинской помощи, 86 человек (24,5%) отметило невнимание родственников, 3 человека (1,2%) – нестабильное положение дел в стране, озлобленность окружающих как фактор, снижающий здоровье, отметило 10 человек (3,2%), 147 человек (42,5%) отметило одиночество как основную причину снижения здоровья.

Нами были определены основные психологические особенности пациентов старшей возрастной группы с тяжелой хронической соматической и офтальмодиабетологической патологией. При этом выявлены следующие данные (табл.2).

Таблица 2

Характеристика социально-психологического фона у людей пожилого и старческого возраста при оказании им паллиативной помощи

Позиция опроса	Количество пациентов (абс.)	Количество пациентов (относит., %)	Факторная нагрузка
Сложности во взаимоотношениях с окружающими	246	72,4	0,782
Нарушения сна	120	35,2	0,568
Раздражительность	198	58,2	0,627
Мысли о прошлом	311	91,4	0,900
Утрата способности самостоятельно принимать решения	277	81,1	0,856
Утрата ценности жизни	311	91,4	0,900
Тяжело переносятся трудности	280	82,4	0,861
Склонность к спору	243	71,1	0,765
Чувство непонимания окружающего	239	70,3	0,734
Подверженность критике	205	60,1	0,669

Таким образом, пациенты пожилого и старческого возраста, которым оказывается паллиативная помощь, имеют комплекс психологических проблем, причем ведущими из них являются возникновение сложностей во взаимоотношениях с окружающими, наличие постоянных тягостных мыслей о прошлом, утрата способности к самостоятельному принятию решений, утрата ощущения ценности жизни, возникновение ощущения особенной сложности в перенесении жизненных трудностей. Именно эти позиции должны приниматься во внимание при проведении психотерапевтической коррекции для повышения качества паллиативной помощи.

Анализ экспертной оценки примененных медицинских технологий показал, что 12,2% (52 случая) от общего числа изученных было признано отличными, хорошими – 64,9% (278 случаев), удовлетворительными – 16,4 % (70 случаев) и неудовлетворительными – 6,5 % (28 случаев).

При анализе адекватности помощи было выявлено следующее. Из 428 случаев оказания гериатрической помощи пожилым пациентам адекватные технологии были применены в 60,3% случаев (258 наблюдений), частично адекватные – в 31,1% случаев (133 наблюдения) и неадекватные – в 8,6% случаев (37 наблюдений).

**Выводы.** 1. Результаты применения сравнительной оценки различных методов исследования качества жизни с позиции взаимосвязи с уровнем функционального состояния зрительного анализатора свидетельствует, что разработанная методика «КЖ-1» по сравнению с «КЖ-25» и «КЖ-9» характеризуется наибольшей клинико-статистической эффективностью, что подтверждается более высоким уровнем корреляции (КК) как со всем (36 значений) комплексом показателей (средняя величина  $КК = 0,44 \pm 0,03$  по сравнению с  $0,15 \pm 0,03$ ,  $p \leq 0,01$  и  $0,35 \pm 0,01$ ,  $p \leq 0,05$ ), так и с наиболее информативными клинико-статистическими показателями, отображающими состояние зрительной системы пациента пожилого и старческого возраста при офтальмодиабетологической патологии.

2. У лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой хронической соматической и психоневрологической патологией имеется комплекс психологических проблем, которые могут влиять на эффективность проводимого симптоматического лечения и требуют своевременной коррекции, в частности, это проблемы психосоциального взаимодействия.

#### Список литературы:

- Кривецкий В.В. Клиническая эпидемиология основных гериатрических синдромов в неврологической и нейрохирургической практике / В.В. Кривецкий, К.И. Процаев, И.П. Пономарева, И.В. Князькин, А.Е. Литвинов, Л.Ю. Варавина, О.Н. Евдокимова // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация (Геронтология и гериатрия). – 2012. – Вып. 20/1. – С. 101-103.
- Пономарева И.П. История развития хосписов в России /И.П.Пономарева //Фундаментальные исследования. –2012. - № 7 (часть 2). - С. 377-380.
- Пономарева И.П. Организационные аспекты паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с соматической прогрессирующей патологией /И.П.Пономарева //Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 3; URL: <http://www.science-education.ru/103-6251> (дата обращения: 17.05.2012).
- Пономарева И.П., Варавина Л.Ю., Титенко Т.И. Характер проблем гериатрических пациентов с соматическими неонкологическими заболеваниями в контексте паллиативной помощи /И.П.Пономарева, Л.Ю. Варавина, Т.И.Титенко //Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация (Геронтология и гериатрия). – 2012. – Вып. 20/1. – С. 30-32.
- Процаев К.И., Пономарева И.П. Принципы создания и реализации модели гериатрической паллиативной помощи (на примере Белгородского региона) /К.И. Процаев, И.П.Пономарева //Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 1. –С. 8-11.
- Процаев К.И., Пономарева И.П., Гринько О.А. Медико-демографические особенности г. Белгорода в контексте паллиативной гериатрической

помощи / К.И.Прощаев, И.П.Пономарева, О.А.Гринько //Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5; URL: <http://www.science-education.ru/105-6995> (дата обращения: 13.09.2012).

7. Стасевич Н.Ю., Оленев А.С. Методические подходы к формированию цен на медицинские услуги. Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал] 2018; 60 (2). URL: <http://vestnik.mednet.ru/content/view/973/30/lang,ru/> (Дата обращения: 07.07.2018).

8. Стасевич Н.Ю., Ласский И.А. Роль медико-организационных и экономических технологий в оценке качества медицинской помощи и улучшении состояния здоровья. Социальные аспекты здоровья населения [электронный научный журнал] 2015;(5). URL:

<http://vestnik.mednet.ru/content/view/708/30/lang,ru/> (дата обращения: 20.10.2015).

9. Goodwin DM et al. An evaluation of systematic reviews of palliative care services, 2002; 18(2):77-83.

## ДИНАМИКА ПОКАЗАТЕЛЕЙ ЗДОРОВЬЯ НАСЕЛЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2016-2017 ГОДАХ.

### (THE DYNAMICS OF HEALTH INDICATORS OF THE POPULATION OF THE RUSSIAN FEDERATION IN 2016-2017).

*Биличенко Татьяна Николаевна  
(Bilichenko T.N.)*

*Федеральное государственное бюджетное учреждение «Научно-исследовательский институт пульмонологии Федерального медико-биологического агентства» (ФГБУ «НИИ пульмонологии» ФМБА России) (Federal Pulmonology Research Institute, Federal Medical and Biological Agency of Russia) Doctor of Medicine, Head of Laboratory of Clinical Epidemiology, Professor of the educational center of Federal Pulmonology Research Institute, Federal Medical and Biological Agency of Russia;  
DOI: [10.31618/ESU.2413-9335.2019.2.58.29-35](https://doi.org/10.31618/ESU.2413-9335.2019.2.58.29-35)*

#### АННОТАЦИЯ.

Для выявления изменений в состоянии здоровья населения разных территорий Российской Федерации в 2016-2017 гг. проведён анализ динамики показателей заболеваемости и смертности всего населения.

**Материал и методы исследования.** Анализировали данные Минздрава России об общей (ОЗ) и первичной (ПЗ) заболеваемости всего населения и информацию Росстата о коэффициентах смертности (КС) всего населения от всех причин за 2016 и 2017 гг. Сравнение ПЗ проводили с помощью статистической программы Epiinfo, version 7 (WHO) и Statistica 7,0.

**Результаты.** По сравнению с 2016 г. в 2017 г. зарегистрировано снижение ОЗ некоторыми инфекционными и паразитарными болезнями и болезнями органов пищеварения за счёт уменьшения ПЗ. Установлено увеличение ОЗ всего населения болезнями органов дыхания (БОД), новообразованиями, болезнями эндокринной системы и болезнями системы кровообращения (БСК). Общие КС всего населения в 2017 г. достоверно снизились в Российской Федерации. Среди отдельных причин смерти достоверное снижение КС всего населения в 2017 г. достигнуто при БСК и БОД. Заключение: данные указывают на улучшение ПЗ населения России.

**Ключевые слова:** мониторинг, заболеваемость, смертность, общая популяция

#### ABSTRACT.

To found the dynamics in public health the morbidity and mortality indicators of the population of the Russian Federation in 2016-2017 years were analyzed.

Bilichenko T.N.

The aim. To assess the dynamics of health indicators (HI) of the population of the Russian Federation in 2016-2017.

The methods. The analysis of the information of Ministry of health of Russia about general morbidity (GM) and the incidence rate of the diseases (IR) and Rosstat data about mortality rate (MR) of the total population because of all causes in 2016-2017 was perform. To compare HI the statistical program Epiinfo, version 7 (WHO) and Statistica 7,0 were used.

The results. There were in 2017 decreasing of GM of total population because of some infectious and parasitic diseases and diseases of the digestive system and increasing of GM respiratory diseases (RD), neoplasm's, diseases of the endocrine system, diseases of the circulatory system (DCS). The total MR of the population from all causes in 2017 significantly decreased in the Russian Federation. Among the classes of diseases, a significant decreasing in DCS and RD have been found. Conclusion: the data has shown the positive dynamic of HI of the population of Russia.

**Key words:** monitoring, morbidity, mortality, total population

В течение многих лет в России ведётся мониторинг показателей здоровья населения, включая заболеваемость и смертность от острых и хронических болезней, которые являются интегральными показателями качества медицинской помощи

(КМП), её доступности и эффективности. Профилактические мероприятия, реализуемые на государственном уровне, такие как диспансеризация населения, диспансерное наблюдение за пациентами с