

# Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста (обзор литературы)

Ф.Т. Малахихин

*Кафедра внутренних болезней педиатрического и стоматологического факультетов  
ГОУ ВПО СтГМА Минздравсоцразвития России, г. Ставрополь*

## Введение

Постоянное увеличение доли пожилого населения и, соответственно, пожилых больных являются одними из важнейших проблем, унаследованных XXI веком от века ушедшего. Актуальны они для США, Европейского союза, России, становятся актуальными и для развивающихся стран, в том числе Индии и Китая. Остроту проблемы «2020» для двух упомянутых последними государств сложно себе представить: прогнозируемое суммарное количество лиц в возрасте старше 60 лет в них (336 млн человек) превысит количество пожилых и стариков, имеющих на данный момент во всём мире [1].

При этом нельзя не учитывать, что в результате успехов медицины растёт количество хронических больных и инвалидов, в том числе пожилых и стариков. Это рождает множество этических проблем, без решения которых невозможно выполнение разнообразных приёмов реабилитации [2].

В данном аспекте важен анализ все актуализирующей в наше время дилеммы: какими должны быть действия врачей при необходимости обеспечения неопределённо длительного протезирования функций организма полностью компетентного не смертельно больного пациента и отказе его от такого жизнеспасения ввиду неприемлемости для него обеспечиваемого в результате этого качества жизни [3].

В контексте изложенного термин «качество жизни» (QoL или LQ) приобретает всё большее признание и используется в формировании гуманистической социальной политики и решении её проблем в связи с необходимостью адаптации человека к изменившимся условиям существования при старении, появлении и прогрессировании заболеваний, свойственных старости [4].

Кроме того, следует учитывать, что с 1940-х годов современная медицина пережила три революции, причём третья, начавшаяся с 1980-х годов, проявилась тенденцией

к оценке результатов медицинской помощи по конечному результату, в котором особое значение придаётся качеству жизни (КЖ) реконвалесцентов в ближайшем и отдалённом периодах [5].

Одновременно происходит возрастание значения понятия КЖ для этой части населения Земли. В частности, директор Российского геронтологического научно-клинического центра Минздравсоцразвития РФ, академик РАМН *Шабалин В. Н.* относит изучение роли качества жизни пожилых людей в формировании здоровья к числу приоритетных направлений фундаментальных и прикладных научных исследований [6].

Особую актуальность проблемы КЖ в геронтологии и гериатрии подчеркивает то, что ежегодная международная конференция по проблемам «третьего возраста» носит соответствующее название: «Пожилкой больной. Качество жизни» [7].

В свою очередь, этот возраст не является однородным понятием — в соответствии с классификацией ВОЗ (1963 г.), возраст 60—74 года считается пожилым, 75—89 — старческим, а 90 лет и старше — периодом долгожительства.

В историческом плане представляет несомненный интерес то, что одной из первых статей с упоминанием понятия КЖ стало именно описание 90-летнего пациента-долгожителя, наслаждавшегося вечеринкой по поводу празднования его юбилея [8].

## Определение понятия качества жизни

С одной стороны, понятие КЖ относительно новое, с другой — широко применяемое в медицине.

Исторически сложилось так, что измерение КЖ производится двумя способами: измерением объективных условий жизни и субъективных её оценок. Потребности и интересы людей индивидуальны и степень их удовлетворения могут оценить только сами субъекты. Соответ-

ственно, оценка КЖ выступает в двух формах: в аспекте степени удовлетворения объективных потребностей и интересов и в отношении субъективной удовлетворенности качеством жизни самой личности [9].

Технически оценка КЖ проводится методом суммирования рейтингов тщательно выстроенных взаимосвязей стандартных вопросов и ответов на них, данных респондентами [10].

Следует отметить, что результаты исследования КЖ в определенной степени зависят и от способа проведения анкетирования — интервьюирование или самостоятельное заполнение анкеты, однако, несмотря на все сложности, метод является одним из основных средств контроля эффективности проводимой у больных длительной базисной терапии и их социальной адаптации в обществе [11].

Если ориентироваться на технологию вычисления КЖ, то его можно определить как интегративный показатель, суммирующий большое количество физических и психологических характеристик, отражающих в результате способность пациента адаптироваться к заболеванию [10].

Понятие КЖ, безусловно, следует признать теснейшим образом связанным с определением здоровья, данным Всемирной Организацией Здравоохранения (ВОЗ): «Здоровье — состояние полного физического, социального и психического благополучия человека, а не просто отсутствие заболевания» [12].

В свою очередь, качество жизни является интегральной характеристикой, осуществляющей физическое, социальное и психологическое функционирование пациента. В соответствии с приведённым определением здоровья, ВОЗ определяет КЖ как индивидуальное соотношение человеком своего положения в жизни общества, в контексте его культуры и системы ценностей с целями данного индивида, его планами, возможностями и степенью неустойчивости [13]. Как видно, фундаментальными свойствами КЖ являются многокомпонентность и субъективизм в оценке [14].

Учитывая, что методологические установки для изучения КЖ выдаёт философская антропология, а конкретные знания формируют медицинские науки, приведем совместное определение КЖ с интеграцией в нём первично-социологического и вторично-медицинского подходов. Оно звучит следующим образом: «качество жизни — это адекватность психосоматического состояния индивида его социальному статусу» [7].

Сходное по смыслу определение качества жизни предложено *Wenger N. K.*: КЖ — это «удовлетворённость от психосоциальной и других форм деятельности в условиях ограничений, связанных с заболеванием» [15].

Медицинская энциклопедия КЖ, изданная в США, даёт более простое определение: «Качество жизни — степень удовлетворения человеческих потребностей» [16].

Известный автор опросника качества жизни больницы святого Георгия (SGRQ) *P. W. Jones* корректирует определение КЖ с точки зрения врача. Оно звучит как «соответствие желаний возможностям, которые лимитированы заболеванием» [17].

Имеющееся множество определений качества жизни — яркое свидетельство отсутствия единого подхода к формулировке понятия КЖ [10].

Проведя анализ существующих формулировок качества жизни, определения КЖ можно подразделить на следующие типы:

- 1) объективные условия существования на уровне общества в целом;
- 2) субъективные оценки условий существования на уровне общества в целом;
- 3) объективные условия существования индивида;
- 4) субъективные оценки условий существования индивида;
- 5) объективные условия существования и их оценка на уровне общества;
- 6) объективные условия существования и их оценка на уровне индивида;
- 7) объективные условия существования и их оценка на уровне общества и индивида [9].

Использование различных типов определений КЖ указывает на то, что их эволюция происходила от уровня общества к индивиду и от объективных оценок условий к субъективным оценкам условий существования [9].

Понятие КЖ в последнее десятилетие переживает в медицине настоящий бум. С одной стороны, оценка тяжести заболевания и эффективности лекарственных препаратов и реабилитационных мероприятий должна включать оценку КЖ. С другой — зачастую происходит манипулирование этим понятием, так как не все методологические и методические аспекты его использования корректны [7].

Выделено несколько вариантов неверного применения понятия КЖ:

- 1) в роли индикатора уровня функционального состояния пациента, который является лишь одной из составных частей более сложной категории — качества жизни;
- 2) в качестве критерия степени тяжести болезни, что ошибочно, поскольку показатель КЖ отражает лишь субъективную оценку пациентом влияния болезни на его жизнь;
- 3) попытки исследователей подтвердить субъективное мнение пациента «объективными» оценками «сторонних наблюдателей» (например, оценкой КЖ больного медработниками, у которых србатывает «синдром благодетеля», или родственниками, у них возникает «синдром опекуна»);
- 4) построение системы доказательств на единственном показателе КЖ, что неправильно, так как качество жизни является многокомпонентной структурой, и задача исследователя как раз и заключается в оценке всех составляющих её критериев;
- 5) при недостаточном снабжении лечебно-профилактических учреждений лекарственными средствами и высоких ценах на них в аптеках высказывается мнение о нецелесообразности использования материального благополучия в качестве обязательно-

го условия самоактуализации личности, в то время как ВОЗ официально рассматривает качество и доступность медицинской помощи как важные факторы, влияющие на КЖ больных [18—20]. Резюмируя изложенное, следует признать наиболее актуальным определение КЖ, предложенное ВОЗ. Вероятно, при рассмотрении понятия КЖ в аспекте конкретных проблем, могут быть использованы и другие его определения, базирующиеся на других методологических основах.

### Концепция качества жизни у пожилых людей

Несмотря на отсутствие единой дефиниции понятия КЖ, и в России и за её пределами сложилось чёткое представление о составляющих его компонентах [21].

Считается, что понятие КЖ объединяет показатели не менее чем четырёх разных, но коррелирующих друг с другом областей: физической (физическое самочувствие — комбинация проявлений здоровья и/или болезни); функциональной (функциональные возможности — способность человека осуществлять деятельность, обусловленную его потребностями, амбициями и социальной ролью); эмоциональной (эмоциональное состояние двуполярной направленности с соответственно противоположными результатами в виде благополучия или дистресса); социального статуса (уровень общественной и семейной активности, включающий отношение к социальной поддержке, поддержание повседневной активности, работоспособности, семейные обязанности и отношения с членами семьи, сексуальность, коммуникабельность с другими людьми) [7].

Установлено, что среди 15 наиболее важных компонентов понятия качества жизни значатся здоровье и понимание самого себя, а среди наиболее высоко коррелирующих с КЖ в целом — материальный комфорт, здоровье и активный отдых (развлечение) [22].

Следует согласиться с тем, что приведенные выше многочисленные определения КЖ в полной мере относятся к пожилым людям и старикам. Вместе с тем следует отметить, что главной составляющей понятия КЖ для них, прежде всего, является доступность медико-социальной помощи [21].

Развивая эту мысль, можно высказать более подробную характеристику взгляда на составляющие понятия КЖ в приложении именно к пожилым людям: это доступность медико-социальной помощи как комплекса медицинских и социальных услуг, предоставляемых больным пожилого возраста в учреждениях медицинского профиля и на дому и оказываемых профессиональными коллективами, состоящими из врачей, медсестёр, социальных работников, психологов, трудотерапевтов и ухаживающего персонала [21, 23].

Использование такого понимания КЖ предполагает ориентацию медико-социальных структур не только на проведение различных лечебно-профилактических мероприятий (медикаментозное и оперативное лечение,

реабилитация), но и на поддержание такого состояния, которое обеспечивало бы каждому члену общества, в том числе и пожилым людям, оптимальный физический, психологический и социальный комфорт, даже независимо от результатов лечения [4].

На КЖ влияет и то, что пожилые пациенты в сравнении с лицами трудоспособного возраста имеют существенно меньшие финансовые ресурсы и социальную поддержку (о возможностях которой они к тому же ещё и могут не иметь адекватной информации или за счёт снижения мобильности лишаются способности обращения за ней) [5].

В связи с этим основная задача организаций, оказывающих медико-социальную помощь пожилым людям, заключается в поддержании удовлетворительного КЖ больных, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию, и защите гарантированных государством прав на медицинское и социальное обслуживание [21].

Особенностью пожилых больных является и то, что при большинстве заболеваний, встречающихся в этом возрасте, они с одной стороны не могут выздороветь, с другой — хотят полноценной жизни, достаточно высокого её качества. Для компенсации нарушенных функций органов и систем организма следует проводить их длительную медикаментозную коррекцию. Необходимость массового применения лекарственных препаратов у пожилых людей налагает высокую ответственность на фармацевтические фирмы-производители, по инициативе которых нередко проводятся исследования КЖ.

### Инструменты для изучения качества жизни у пожилых пациентов

Ещё одной особенностью исследования КЖ у данной категории больных является то, что для этой возрастной группы, в отличие от детей [24], в большинстве случаев применяются те же инструменты, что и для пациентов других возрастных групп. Помимо общих, для исследования КЖ применяются специфические опросники, разработанные для отдельных заболеваний, и визуально-аналоговые шкалы.

В связи со спецификой обследуемых респондентов при разработке инструментов для оценки КЖ у лиц старшей возрастной группы следует обращать внимание на то, чтобы подготовленные для них вопросы соответствовали факторам, наиболее актуальным для данной возрастной группы. Кроме того, вопросы должны быть понятны, иначе возникнет необходимость привлечения к заполнению опросника внешних оценщиков, что явилось бы нарушением протокола исследования. Вероятно, вследствие этого целесообразность использования вопросника SF-36 в качестве инструмента для исследования КЖ у лиц старше 80 лет вызывает сомнения [25].

Возможно, данная проблема требует более подробного рассмотрения. В принципе в качестве внешних оценщиков могли бы выступать родственники пациентов,

проживающие с ними, социальные работники, осуществляющие уход за больными на дому или в социальных учреждениях, медицинские работники поликлиники по месту жительства или стационара, в котором находится пациент.

Однако, недостатками такой модификации исследования, помимо расхождения с концепцией КЖ, станут: проведение изучения мнения внешних экспертов, а не КЖ больного как такового; неизвестно, чьё мнение следует предпочесть — родственников или ухаживающих за пациентом лиц, которые при занятости родственников на работе или их раздельном проживании с близкими проводят с престарелыми людьми гораздо больше времени.

Кроме того, не исключено, что оценка будет зависеть от значения ситуации с болезнью для родственников пациента, от влияния этой ситуации на них, в том числе, их благосостояние. Вероятно, следует проанализировать варианты получения информации одновременно и от пациентов и от внешних оценщиков.

В перечне разделов медицины, в которых наиболее часто проводятся исследования качества жизни, приведенном в, пожалуй, наиболее полном русскоязычном издании по исследованиям качества жизни в медицине [26] включающем 21 наименование, фигурирует геронтология. Однако в тексте руководства такой раздел отсутствует, в отличие от главы, посвящённой педиатрии.

Для предотвращения систематической ошибки у пожилых пациентов, для исследования у них КЖ следует предпочитать опросники, при заполнении которых была бы сведена до минимума вероятность получения однотипных ответов, независимо от сути вопросов. Кроме того, можно попытаться избежать несовпадений за счет использования у одних и тех же пациентов общих и специальных опросников, сочетания их с визуальными шкалами.

При этом нельзя не отметить, пожалуй, самый маленький инструмент для изучения влияния болезней на качество жизни. В клинической урологической практике Международный согласительный комитет рекомендует использовать только один вопрос, который способен полностью охватить влияние на КЖ нарушений мочеиспускания [27].

Количество инструментов для изучения КЖ постоянно увеличивается [26]. Интернет-база Pro Qolid содержала в 2007 г. информацию о 565 инструментах для исследования качества жизни, в 2009 г. — 647, в 2011 г. — 693, из них 538 могут быть применены при проведении исследований у взрослых. В то же время, лишь 32 инструмента отнесены к гериатрическим, только 6 из них являются общими, остальные применимы при частных видах патологии [27].

Таким образом, количество специализированных инструментов для гериатрических исследований существенно уступает числу таковых, применяемых при исследованиях качества жизни, связанного со здоровьем детей — 39 инструментов (к 2011 г. их стало 55) первоначально разработаны для педиатрической практики [28].

### Особенности состояния ЦНС у пожилых пациентов, влияющие на изучение у них качества жизни

Пациенты пожилого и старческого возраста достаточно часто участвуют в различного рода исследованиях КЖ, однако, как правило, возрастные рамки в этих исследованиях не устанавливаются [4]. В то же время, как и в педиатрической практике [29], физиологические особенности организма пожилых людей могут накладывать определённые ограничения на проведение исследований КЖ.

Процесс старения сопровождается ухудшением всех форм нейропсихической деятельности, что связано с уменьшением массы головного мозга и его дегенеративно-дистрофическими изменениями [30].

Снижение активности коркового возбуждения и торможения проявляется у пожилых людей, в том числе и тем, что они труднее справляются с работой, которая требует от них быстрых решений, переработки нового материала и больших нервно-психических усилий. Снижение синтеза биологически активных веществ ведёт к возрастанию частоты возникновения ипохондрии, адинамии, сонливости и депрессивных состояний. Отмечается более существенное ухудшение кратковременной памяти по сравнению с долговременной и механического запоминания по сравнению с логическим [5, 31, 32].

Падение работоспособности, быстрая утомляемость, эмоциональная неустойчивость и истощаемость нервно-психических процессов — это проявления старческой астении, возникающей за счёт изменений в высших отделах вегетативной нервной системы (гипоталамус). Они ведут к снижению адаптивных возможностей к жизненным условиям [30, 33].

В возникновении психических расстройств, развивающихся в пожилом возрасте, наиболее существенное значение имеют следующие факторы: нейроэндокринные сдвиги, связанные с климаксом; разнообразные морфофункциональные изменения органов и систем, обусловленные старением; накопление во второй половине жизни соматических болезней и возрастных недугов; психологическое старение, изменения характера в процессе инволюции; своеобразная социально-психологическая ситуация, в которой оказывается стареющая личность [34].

Эти данные в сочетании с результатами исследований, проведённых на взрослых пациентах, позволяют высказать предположение, что психические заболевания, к которым можно отнести шизофрению, маниакально-депрессивный психоз, депрессивные и тревожные состояния, ведут к существенному снижению показателей КЖ [35—38].

Утвердиться в правильности данного предположения позволяют клинические исследования, отмечающие положительную динамику этих показателей при успешной терапии психической патологии [39, 40].

Процесс лечения многих, в т. ч. соматических, заболеваний у пожилых пациентов протекает, как правило, длительно, исход заболевания в виде выздоровления на-

блюдается редко, чаще болезнь имеет хроническое (в том числе прогрессирующее) течение. Это может приводить к нарушению функционирования многих органов и систем, снижению привычной активности больного, нарушению его психологического статуса. При этом психический и физический дискомфорт определяются не только проявлениями самого заболевания, но и психологическими факторами (предположения о серьёзности имеющегося заболевания, перспективах выздоровления или стабилизации самочувствия, отношения с врачом, другими больными). В результате субъективное восприятие болезни и объективная степень её тяжести далеко не всегда коррелируют [4].

На восприятие окружающей действительности влияют и такие характерологические сдвиги, как: появление или нарастание тревожной мнительности; сужение круга интересов и их смещение в сферу физического здоровья, быта, житейского благополучия; пессимистическая окраска эмоционального фона; психическая инертность и ригидность; консерватизм; эгоизм и эгоцентризм; иждивенческие установки, идеализация прошлой жизни и неприятие новшеств; осторожность и недоверчивость; снижение активности; ослабление внимания, памяти и формальных способностей мышления; внушаемость и самовнушаемость. Частично они нивелируются богатым жизненным и профессиональным опытом, кроме того, сдвиги имеют определённую защитную функцию, помогающую избежать чрезмерных физических и психических нагрузок, вредностей [34].

Вместе с тем, у пожилого человека мало изменяются профессионально обусловленные восприятие обычной информации и мыслительные операции, в том числе сложный анализ и синтез [41]. В ряде случаев жизненный опыт и регулярные тренировки помогают им сохранить различные виды памяти [30, 42].

Учитывая возможность разной степени старения мозга и сохранности/нарушения его функций у сверстников, разработка отдельных опросников для разных возрастных гериатрических групп, в отличие от педиатрических, не представляется целесообразной. В то же время, при подготовке исследований КЖ у пожилых людей, вероятно, следует прибегать к форматированию некоторых их параметров (например, использование более КРУПНОГО шрифта, установление мягкого лимитирования времени на заполнение анкеты).

### Понятие количества жизни

Ряд учёных утверждает, что наряду с качеством существует количество жизни. Так, *Петров В. И.* и *Седова Н. Н.* считают, что количество жизни в индивидуальной транскрипции можно отождествлять в известной степени с понятием «физиологическая норма здоровья» в контексте упомянутой выше интерпретации понятия здоровья ВОЗ. Авторы обсуждают качество жизни применительно к пациентам разного возраста, однако, ни в одном случае возраст не являлся определяющим критерием. В то же

время в практике молодых врачей могут встречаться предубеждения против пожилых и недееспособных пациентов. Решение об оказании медицинской помощи и соответствующего лечения пациента должны основываться на медицинских показаниях и предполагаемых (в случае отсутствия у больного сознания) его предпочтениях. Дискриминация, основанная на возрасте пациента, морально не оправдана. Более важным является то, как биологический возраст согласуется с физиологическим состоянием больного [7].

Близок по смыслу к понятию количества жизни термин «количество здоровья» — он характеризует резервы организма, которые обеспечивают определённую вероятность не заболеть и не умереть в течение конкретного периода времени [43].

### Результаты исследования качества жизни у лиц пожилого и старческого возраста

По данным ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения МЗСР России, до 60 % опрошенных пожилых людей находятся в состоянии стресса, обусловленного проблемами бедности, несбыточности надежд на спокойную, защищённую старость. Причиной этого авторы считают, в том числе и проведение ряда мероприятий по социальному реформированию без серьёзного научного экспертного анализа и прогноза [44].

В фарватере идеи медико-социальной помощи идёт исследование, проведённое в домах-интернатах с использованием мощной методической базы: модификации методики Делебо-Рубинштейна (здоровья и счастья), экспресс-методики измерения КЖ «Eurocol», визуальной шкалы общего самочувствия, опросника уровня настроения, методики измерения социальной фрустрированности, понимания-непонимания, степени конфликтности («идеальный врач — реальный врач»). Оно показало, что, помимо возрастных и некоторых социальных факторов, качество жизни изучаемого контингента зависит от степени понимания пациента лечащим врачом и степени удовлетворённости им, которая в свою очередь определяется показателями конфликтности в диаде «врач — больной». Исследователями выявлены существенные различия показателей КЖ у лиц, проживающих в различных домах-интернатах и наблюдающихся у разных врачей [45].

Многие изучения КЖ проводились при наиболее актуальных среди пациентов старшей возрастной группы сердечно-сосудистых заболеваниях. Так, например, сравнительный анализ качества жизни больных старше 60 лет с сердечной недостаточностью, выполненный с использованием неспецифического опросника SF-36, показал, что показатели КЖ у лиц старше 60 лет существенно ниже такого же показателя у лиц более молодого возраста по всем шкалам в большей степени за счёт физической составляющей здоровья. У женщин они ниже, чем у мужчин. КЖ зависит от семейного положения, уровня образования: показатели лучше у супругов, чем у одиноких, у лиц

с высшим образованием, чем у имеющих более низкий его уровень [25].

Одним из наиболее интересных аспектов этих результатов следует считать наличие именно гендерных различий КЖ. Возможно, они связаны с изменением гормонального фона, в связи с тем, что в постклимактерическом периоде протективное действие женских половых гормонов на сердечно-сосудистую систему исчезает, а также особенностями восприятия проблем, связанных с появлением кардиоваскулярных заболеваний.

Больные, госпитализированные в стационар с рецидивирующей фибрилляцией предсердий, оценивали своё КЖ как невысокое. Степень возникшего в течение года значительного улучшения анализируемого показателя зависела от избранного принципа лечения, причем у пациентов с выбранной стратегией контроля частоты сердечных сокращений при сохранении фибрилляции предсердий наблюдалось более значительное повышение КЖ [46].

У лиц с хронической сердечной недостаточностью (ХСН), проживающих в доме для престарелых, КЖ ниже, чем у пациентов без сердечно-сосудистой патологии. В основном — за счёт физической составляющей здоровья. Кроме того, у первой категории обследуемых зависимость уровня КЖ от пола, семейного положения и образования существенно менее значима, чем у второй. У пациентов с ХСН изменение физического функционирования меньше зависит от возраста (как это наблюдается при отсутствии кардиальной патологии), а в большей степени связано с тяжестью заболевания [25].

Повышение толерантности к физической нагрузке на фоне антиангинальной терапии приводит к улучшению КЖ пожилых пациентов, причём, если селективные  $\beta_1$ -адреноблокаторы не ухудшали психо-эмоциональное состояние, то амлодипин способствовал редукции депрессивной симптоматики [47].

Существуют этнические особенности фармакоэпидемиологии кардиотропных (антигипертензивных) препаратов, как и других лекарственных средств. Кроме этого, важно учитывать и психосоциальные свойства личности, характерные для представителей конкретного этноса. В частности, с этим приходится считаться при исследовании приверженности пациентов лечению и исследовании качества их жизни [48].

У пациентов с сахарным диабетом старение является значимым фактором, определяющим снижение КЖ как в физическом, так и психическом аспекте [49].

Метаболический синдром у больных ИБС пожилого и старческого возраста отрицательно влияет на качество жизни и готовность к сотрудничеству, в то же время при диспансерном наблюдении КЖ и комплайнс улучшаются [50].

Гиполипидемическая терапия, по результатам исследования по анкете «Оценка КЖ больных с аритмиями», не имеет выраженных побочных эффектов, в то же время существенно влияет на переносимость физических на-

грузок, клинические, гемодинамические и биохимические показатели [52].

Никонов С. Ф. и соавторы отмечают, что при отсутствии эффекта от консервативной терапии пожилой возраст как таковой не является препятствием для операции на сердце [51]. Их данные подтверждают результаты ряда исследований, свидетельствующих об улучшении КЖ после различных кардиохирургических операций, в том числе протезирования клапанов сердца, аортокоронарного шунтирования, сочетанных операций [53—58].

В соответствии с Российским соглашением ангиологов и сосудистых хирургов и вариантом опросника для определения КЖ у больных с хронической ишемией нижних конечностей, оно у пожилых пациентов с синдромом диабетической стопы зависит от исходной стадии ишемии и сохранения проходимости шунтов. Ампутация бедра снижает качество жизни на 60 % по сравнению с реконструктивной операцией, в то время как снижение уровня ампутации повышает качество жизни [59].

У пациентов старшей возрастной группы с ревматическим артритом отмечается достоверно более низкий уровень КЖ по сравнению с таковым у больных молодого возраста. Это связано с клиническими особенностями течения заболевания у пожилых и, в свою очередь, определяет специфику лечения у них (более высокую частоту применения психотропных препаратов) [60].

Практически у всех пожилых пациентов с бронхиальной астмой имелись отклонения в КЖ, связанные со здоровьем, средний балл состояния здоровья по 100-балльной шкале составил  $53,5 \pm 15,0$ , достоверно отличаясь от такового у больных 18—39 лет и подростков [61].

Учитывая ограниченность объёма обзора, приведены единичные примеры исследования КЖ при заболеваниях различных органов и систем, свидетельствующие о многочисленных и многообразных проблемах в этом вопросе у пожилых и престарелых пациентов.

## Заключение

Таким образом, результаты исследования КЖ у пожилых и стариков представляют существенный интерес для современной науки, имеют большое прикладное значение. Эти данные позволяют оценить субъективное восприятие пациентами ситуации, могут быть использованы для отбора оптимальных препаратов и схем для лечения больных, способных повысить у них КЖ. При решении проблем исследования КЖ необходимо уделять должное внимание критериям (возможно, функциональным или возрастным) участия в них пациентов пожилого и старческого возраста. Дополнительному изучению может быть подвергнута правомерность учета мнения внешних экспертов (родственников, персонала). При разработке адекватных возрасту опросников КЖ для пациентов старше 60 лет следует добиваться доступности их и, в то же время, соответствия требованиям по чувствительности, надежности и валидности (адекватности).

Учитывая половые различия факторов риска возникновения ряда заболеваний, вероятно, можно учитывать их при создании инструментов для исследования КЖ. Таким же образом, при исследованиях КЖ,

проводимых в многонациональных регионах, следует брать во внимание психосоциальные особенности личности, характерные для представителей конкретного этноса.

## Литература

1. Кауконова Т. Пенсионное обеспечение в КНР: <http://www.easttime.ru/analytic/3/8/520.html>
2. Scfield G. R. Ethical Considerations in Rehabilitation Medicine//Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1992. — Vol. 74. — № 8. — P. 341—346.
3. Freed M. M. Quality of life: the physician's dilemma//Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1984. — Vol. 65. — P. 109—111.
4. Дворецкий Л. И. Качество жизни пожилого человека//Руководство по геронтологии и гериатрии: В IV т./Под ред. акад. РАМН, проф. В. Н. Ярыгина, проф. А. С. Мелентьева. — Т. II. Введение в клиническую гериатрию. Часть I. Глава 11. — М., 2005. — С. 154—160.
5. Relman A. S. Assessment and accountability: the third revolution in medical care//N. Engl. J. Med.;1988;319;18:1220—1222.
6. Руководство по геронтологии/Под ред. академика РАМН В. Н. Шабалина. — М., 2005. — 800 с.
7. Петров В. И. Седова Н. Н. Проблема качества жизни в биоэтике. — Волгоград, 2001. — 96 с.
8. Bonston K. P. Young's 90 th birthday party//Arch. Environ. Health. — 1969. — Vol. 18. — P. 306.
9. Коваленко С. Н., Романцов М. Г., Коваленко А. Л. Качество жизни больных инфекционного стационара: Руководство для врачей-инфекционистов и клинических психологов//Под ред. М. Г. Романцова. — СПб., 2010. — 152 с.
10. Guyatt G. H., Feeny D., Patrick D. Proceedings of the international conference on the measurement of quality of Life as an outcome in clinical trials: postsript//Control. Clin. Trials. — 1991. — Vol. 12. — P. 266—269.
11. Эпельбом И. Роль психолога в обеспечении качества жизни пожилых людей во Франции//Клиническая геронтология. — 2005. — № 9. — С. 103—104.
12. World Health Organization. Cancer pain relief. — Geneva: WHO, 1986. — P. 5—26.
13. WHOQOL Group. The development of the WHO quality of life assessment instruments (the WHOQOL). In: Orley J, Kuyken W., eds. Quality of life assessment: international perspectives. — Berlin, 1994. — P. 41—57.
14. Cella D. F. Quality of Life: concepts and definition//J. Pain and Symptom Manag. — 1994. — Vol. 9, № 3. — P. 186—192.
15. Wenger N. K., Mattson M. E., Furberg C. D. Assessment of quality of life in clinical trials of cardiovascular therapies//Am. J. Cardiol. — 1984. — Vol. 54. — P. 908—913.
16. Quality of life. Medical Encyclopedia. — Chicago, 1995. — P. 744.
17. Jones P. W. Quality of life measurement the value of standardization//Eur. Resp. Rev. — 1997. — Vol. 7. — № 42. — P. 46—49.
18. Чучалин А. Г., Медников Б. Л., Белевский А. С. и др. Гуманистические принципы ведения бронхиальной астмы (качество жизни и индекс кооперации)/Бронхиальная астма. Руководство для врачей России (Формулярная система)//Пульмонология, приложение. — 1999. — С. 67—74.
19. <http://www.kroupnov.ru/pubs/2005/01/09/10178/>
20. <http://www.europadonna.by/index.php?.. article...2010—01—18>
21. Пушкова Э. С. Качество жизни пожилых. Опыт Санкт-Петербургской гериатрической службы//Мир медицины. — 1999. — № 9. — С. 1—3. — <http://medi.ru/doc/8590915.htm>
22. Flanagan J. C. Measurement of quality of life: current state of art//Arch. Phys. Med. Rehabil. — 1990. — Vol. 71. — P. 291—294.
23. Подопригора Г. М. Качество жизни пожилых людей и организация их медико-социального обслуживания//Медицинская сестра. — 2008. — № 5. — С. 15—16.
24. Белоусов Д. Ю. Качество жизни, связанное со здоровьем детей: обзор литературы.//Качественная клиническая практика, 2008 г., № 2, стр. 28—38.
25. Егорова Л. А., Рябчикова Т. В. Сравнительный анализ качества жизни больных старше 60 лет с сердечной недостаточностью//Клиническая геронтология. — 2004. — № 3. — С. 19—25.
26. Новик А. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — 2-е изд./Под ред. акад. РАМН Ю. Л. Шевченко. — М., 2007. — 320 с.
27. PROQOLID, the Patient-Reported Outcome and Quality Of Life: <http://www.proqolid.org>
28. Пьерс Л., Каран М., Эмери М.-П. Обзор инструментов для оценки детьми своего состояния здоровья по базе ProQolid: классификация инструментов по нозологиям и информация об их психометрических свойствах//Материалы тезисов 14-й ежегодной конференции Международного общества исследования качества жизни. — Приложение к журналу Quality of Life Research. — Стр. А-125, тезис #1504.
29. Гордеев В. И., Александрович Ю. С. Методы исследования развития ребёнка: качество жизни (QOL) — новый инструмент оценки развития детей. — СПб., 2001. — С. 28—38.
30. Гусев Е. И., Ярыгин В. Н., Мишнев О. Д. и др. Особенности и семиотика морфофункциональных изменений нервной системы стареющего человека//Руководство по геронтологии и гериатрии: В IV т./Под ред. акад. РАМН, проф. В. Н. Ярыгина, проф. А. С. Мелентьева. — Т. IV. Клиническая гериатрия. Часть I. Глава 1. — М., 2003. — С. 15—19.
31. Захаров В. В., Дамулин И. В. Диагностика и лечение когнитивных нарушений у пожилых: Методические рекомендации/Под ред. Н. Н. Яхно. — М., 2000.
32. Sahin K., Stoeffler A., Fortuna P. et al. Dementia severity and the magnitude of cognitive benefit by memantine treatment. A subgroup analysis of two placebo-controlled clinical trials in vascular dementia//Neurobiol. Aging. — 2000. — Vol. 21. — S. 27.
33. Huppert F. A., Kopelman M. D. Rates of forgetting in normal aging: a comparison with dementia//Neuropsychology. — 1989. — V. 27. — № 6. — P. 849—860.
34. Сергеев И. И. Особенности психического состояния лиц пожилого и старческого возраста и способы их выявления//Руководство по геронтологии и гериатрии. В IV т./Под ред. акад. РАМН, проф. В. Н. Ярыгина, проф. А. С. Мелентьева. — Т. IV. Клиническая гериатрия. Часть II. Глава 1. — М., 2003. — С. 91—101.
35. Atkinson M., Zibin S., Chuang H. Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self-report methodology//Am. J. Psychiatry. — 1997;154:99—105.

36. Becker M. Quality-of-life instruments for severe chronic mental illness. Implications for pharmacotherapy//Pharmacoeconomics. –1995 — № 7. –P. 229—237.
37. Goodnick P. J., Goldstein B. J. Selective serotonin reuptake inhibitors in affective disorders. II. Efficacy and quality of life//J. Psychopharmacol. — 1998; 12 (3 Suppl. B): 21—54.
38. Massion A. O., Warshaw M. G., Keller M. B. Quality of life and psychiatric morbidity in panic disorder and generalized anxiety disorder//Am. J. Psychiatry. — 1993. — № 60. — 150. –P. 600 –607.
39. Revicki D. A., Genduso L. A., Hamilton S. H. et al. Olanzapine versus haloperidol in the treatment of schizophrenia and other psychotic disorders: quality of life and clinical outcome randomized clinical trial//Qual. Life Res. –1999. –№ 8. — P.417—426.
40. Turner R. Quality of life: experience with sertraline//Int. Clin. Psychopharmacol. –1995. — № 3. — P. 27—31.
41. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Синдром умеренных когнитивных расстройств в пожилом и старческом возрасте//Русский медицинский журнал. — 2004. — № 10. — С. 573—576.
42. Захаров В. В., Яхно Н. Н. Нарушения памяти. — М., 2003. –150 с.
43. Петленко В. П. Основы валеологии: Книга третья. — Киев, 1999. –433 с.
44. Иванова А. Е., Кондракова Э. В. Обоснование прогноза продолжительности жизни населения в регионах России до 2025 г. //Социальные аспекты здоровья населения. Информационно-аналитический вестник. — 2008. — № 1 (5)- <http://vestnik.mednet.ru/content/view/52/30/>
45. Кориунов Н. Н., Белкина М. Б., Жидкова И. Л., Галкина В. В. и др. Качество жизни лиц, проживающих в домах-интернатах для престарелых и инвалидов. Роль взаимодействия в диаде «врач-больной»//Клиническая геронтология. — 2003. — № 7. — С. 51—56.
46. Калашиников В. Ю., Середа Е. Г., Глезер М. Г., Сыркин А. Л. Динамика качества жизни у больных старше 65 лет с рецидивирующей фибрилляцией предсердий в зависимости от стратегии лечения//Клиническая геронтология. –2006.–№ 10. –С. 38—42.
47. Шангина О. А., Костин В. И., Котурга Л. И. Влияние антиангинальных препаратов различных групп на качество жизни пожилых пациентов с ишемической болезнью сердца и коморбидным депрессивным расстройством//Клиническая геронтология. — 2005. — № 2. — С. 46—50.
48. Батулин В. А., Яковлева Н. В., Колодийчук Е. В. Этнические особенности потребления кардиотропных средств (фармакоэпидемиологическая оценка)//Прикладная фармакоэпидемиология/Под ред. В. И. Петрова. –М., 2008. –С. 188—205.
49. Петров А. В., Грунина Е. А., Стронгин Л. Г. Возрастной аспект качества жизни у женщин с сахарным диабетом типа 2//Клиническая геронтология. –2010.–№ 5—6. –С. 22—26.
50. Караева Е. В., Волков В. С. Качество жизни и комплаенс у больных ишемической болезнью сердца пожилого и старческого возраста с метаболическим синдромом//Клиническая геронтология. –2006.–№ 7. –С. 56—58.
51. Никонов С. Ф., Олофинская И. Е., Багиян Л. С. Исследование качества жизни у пожилых больных после операции на сердце//Качественная клиническая практика, 2003 г., № 1, стр. 56—59.
52. Маль Г. С., Алыменко М. А., Лисицын В. В. Качество жизни больных ИБС в условиях гиполлипидемической коррекции//Клиническая геронтология. — 2005. — № 9. — С. 98—99.
53. Busch T., Sarbu H., Fridrich M. et al. Interventile de revascularizatie miocardica//Chirurgia Bucur.–1998. — May-Jun. — № 93 (3). –P. 145—153.
54. Stoll C., Schelling G., Goerz A. K. Health-related quality of life and post-traumatic stress disorder in patients after cardiac surgery and intensive care treatment//Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. — 2000. — Sept. — P.505.
55. Kirsch M., Guesnier L., LeBesnerais P. et al. Cardiac operations in octogenarians: perioperative risk factors for death and impaired autonomy//Ann. Thorac. Surg. — 1998, Jul. — № 66 (1). — P. 60—67.
56. McDonald P., Stadnyk K., Cossett J. et al. Outcomes of coronary artery bypass surgery in elderly people//Can. J. Cardiol. — 1998, Oct. — № 14 (10). — P. 1215—1222.
57. Shapira O. M., Kelleher R. M., Zelingher J. et al. Prognosis and quality of life after valve surgery in patients older than 75 years//Chest. — 1997. — Oct. –№ 112 (4). — P. 886—894.
58. Shigemetsu O., Hamada T., Miyamoto S. et al. Early and long-term result of cardiovascular surgery in octogenarians//Annals of Thorac. Cardiovasc. Surgery. — 2001, Aug. — № 7 (4). — P.223—231.
59. Дибиров М. Д., Киртадзе Д. Г., Терещенко С. А. и др. Качество жизни пожилых больных с синдромом диабетической стопы//Клиническая геронтология. — 2007.– № 5. — С. 15—20.
60. Симонова Я. О., Никитина Н. М., Ребров А. П. Качество жизни пожилых больных с ревматоидным артритом//Клиническая геронтология. –2010.–№ 3—4. –С. 32—36.
61. Воробьев П. А., Смирнова М. С., Авксентьева М. В., Максимова Л. В. Качество жизни больных бронхиальной астмой: возрастной аспект//Клиническая геронтология. –2006.–№ 8. –С. 20—24.