

ственные колебания от 15 тыс. до 200 тыс. руб. Самым распространенным ответом стала сумма 50 тыс. рублей (30,6%), средний размер желаемой заработной платы составил 60 513±2615,8 руб.

Среди опрошенных большинство считают себя добившимися успеха в жизни (ответы "да" и "скорее да, чем нет" дали 29 и 47,2% респондентов). Отрицательный ответ (определенный и менее определенный) дали 1,6 и 9,3% соответственно, затруднились ответить 13% респондентов.

Заключение

Проведенное исследование показало, что в целом врачи клинической больницы медицинского вуза, сознательно выбрав престижную, по их мнению, профессию, считают, что не ошиблись в своем выборе, удовлетворены местом работы и уверены в его престижности и значимой роли в системе оказания медицинской помощи. Эти факторы отнесены к положительно влияющим на кадровое обеспечение клиники.

Однако большинство опрошенных не удовлетворены размером заработной платы и считают, что уровень оплаты труда не соответствует их квалификации, практическому опыту, затратам времени и физической нагрузке. Это создает риски оттока высококвалифицированных кадров из клинической больницы медицинского университета и системы государственного здравоохранения в целом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Ефименко С.А. Социальный портрет участкового врача-терапевта. М.: Здоровье и общество; 2005.
2. Юрьев В.К., Сердюков А.Г., Кабачек Н.И., Ахмедов М.Р., Сагитова Г.Р. Медико-социальная характеристика медицинских кадров Астраханской области. Социология медицины. 2007; 1: 45—8.
3. Эхте К.А., Дербенев Д.П., Балашова Л.А. Медико-социальная характеристика сообщества врачей различных специальностей. Социология медицины. 2012; 1: 23—6.
4. Гареева И.И. Социально-экономический статус врача в современной системе здравоохранения. Вестник ТОГУ. 2012; 3 (26): 211—86.
5. Решетников А.В. Эволюция социологии медицины. Социология медицины. 2012; 2: 4—10.

Поступила 16.09.13

REFERENCES

1. Efimenko S.A. Social portrait of the precinct general practitioner. Moscow: Health and Society; 2005 (in Russian).
2. Yur'ev V.K., Serdyukov A.G., Kabachek N.I., Akhmedov M.R., Sagitova G.R. Medikal and social characteristics of the medical staff of the Astrakhan region. Sociology of Medicine. 2007; 1: 45—8 (in Russian).
3. Ekhte K.A., Derbenev D.P., Balashova L.A. Medikal and social characteristics of the community physicians of different specialties. Sociology of Medicine. 2012; 1: 23—6 (in Russian).
4. Gareeva I.I. Socio-economic status of the doctor in the modern health system. Bulletin of Pacific National University. 2012; 3 (26): 277—86 (in Russian).
5. Reshetnikov A.V. The evolution of sociology of medicine. Sociology of Medicine. 2012; 2: 4—10 (in Russian).

СОЦИОЛОГИЯ ЗДОРОВЬЯ И БОЛЕЗНИ

© О.А. ШАВЛОВСКАЯ, 2013
УДК 614.2:316.346.3-053.88

О.А. Шавловская

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

НИЦ Первый МГМУ им. И.М. Сеченова, Москва

В России наблюдаются отрицательные тенденции в показателях здоровья населения в первую очередь за счет ухудшения демографической ситуации: по данным Всероссийской переписи населения 2010 г. из 47 млн пожилых 71,8% составляют лица старше трудоспособного возраста. Утрата социальной и материальной независимости, потеря уверенности в себе являются одновременно и факторами риска, и факторами, поддерживающими социальную дезадаптацию у этой части населения, а проявления ряда хронических заболеваний, сопровождающихся инсомнией, депрессией, нарушением памяти, избыточным употреблением лекарственных средств на фоне инволюционных изменений фармакокинетики, являются дополнительными усугубляющими факторами.

Ключевые слова: социальная дезадаптация, пожилой возраст, демография, старение, депрессия, инсомния

О.А. Shavlovskaya

THE MEDICAL SOCIAL ASPECTS OF ELDERLY AGE

The I.M. Sechenov first Moscow medical university of Minzdrav of Russia, 119119021, Moscow, Russia

In Russia, negative trends are detected concerning population health indicators. The major cause of this process is deterioration of demographic situation. According to all-Russia population census (2010) 71.8% out of 47 seniors of population are persons older than able-bodied age. The loss of social and material independence and lacking of self-confidence are both risk factors and factors keeping up social deadaptation in this part of population. The manifestations of certain chronic diseases being accompanied by insomnia, depression, memory disorders, surplus consumption of pharmaceuticals against the background of involution alterations of pharmacokinetics are additional aggravating factors.

Key words: social deadaptation, senior age, demography, aging, depression, insomnia

Новые демографические тенденции приобретают особую актуальность в гериатрической практике. Во второй половине XX века значительно изменился возрастной состав населения. Улучшение социально-экономических условий, качества медицинской помощи в индустриально развитых странах привело к существенному увеличению ожидаемой продолжительности жизни. Результатом этого стало значительное увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста.

В последние годы в России отмечаются отрицательные тенденции в показателях здоровья населения прежде всего за счет ухудшения демографической ситуации: показатели смертности превышают показатели рождаемости в 1,4 раза. Вследствие этого происходит сокращение численности населения с одновременным ростом количества пожилых людей. По данным Всероссийской переписи населения 2010 г., в нашей стране проживают около 47 млн человек пожилого возраста, из них 71,8% составляют лица в возрасте старше трудоспособного. Наиболее быстро растущую возрастную группу в странах Европы составляют престарелые люди, которым за 80 лет.

Согласно критериям ВОЗ (1982 г.), возраст 60 лет — граница перехода в группу пожилых, 65 лет — "индикатор" пожилого возраста, 60—74 года принято считать пожилым возрастом, 75 лет и старше — старческим и свыше 90 лет — долгожители. Согласно статистическим данным, по результатам эпидемиологических исследований на 2000 г. в мире проживало около 590—685 млн человек старше 65 лет по результатам исследования возрастного состава населения, проживающего в Москве и Московской области, на 2005 г. лица старше 65 лет составляют 19—20%, т. е. каждый 5-й москвич — лицо пожилого возраста.

По прогнозу через три десятилетия в развитых странах треть жителей будет старше 60 лет, а весь мир достигнет этой пропорции к 2150 г. С одной стороны, долголетие — это одно из завоеваний XXI века, с другой — старение населения и сокращение рождаемости в развитых странах — это острая социальная проблема, ведущая к социальной дезадаптации.

Причины социальной дезадаптации у лиц пожилого возраста имеют мультифакторную природу — сочетание медицинских, психологических, социальных факторов на фоне органической мозговой дисфункции (инволюции). Это и потеря социального статуса в связи с выходом на пенсию, и изменение материального статуса, и зависимость от работающих членов семьи, изменение семейного статуса и одиночество как в кругу семьи, так и среди друзей. В этот период происходит переоценка ценностей, и наряду с инволюционными изменениями (неловкость, неуверенность в своих действиях, когнитивное снижение) и повышенной стрессодоступностью (тревога, депрессия) усугубляются ощущения беспомощности, неустраиваемости и ненужности, что неизбежно ведет к обострению хронических заболеваний, частым повторным госпитализациям.

Основной контингент больных, посещающих поликлинику, — это лица пожилого возраста. Так, на 1 больного в возрасте 50 лет и старше приходится от 1,7 до 3,6 заболеваний, в то время как для лиц 70 лет и старше — 5—7 заболеваний. Наиболее часто жалобы, с которыми обращаются к врачу пожилые пациенты, связаны с проявлениями цереброваскулярной болезни (инсомния, депрессия, когнитивные расстройства), обострения хронических соматических заболеваний,

побочными явлениями частого и порой неконтролируемого использования лекарственных препаратов.

Жалобы на повышенную утомляемость, частые головные боли, раздражительность, снижение работоспособности, нарушения памяти и внимания, нарушения сна при наличии явной неврологической симптоматики могут быть проявлением цереброваскулярной болезни, а именно дисциркуляторной энцефалопатии. Постепенное прогрессирование заболевания и усугубление симптоматики являются мощнейшими факторами социальной дезадаптации.

Психовегетативные нарушения в пожилом возрасте также нередко сопровождаются жалобами на повышенную утомляемость, частые головные боли, раздражительность, нарушения памяти (прежде всего оперативной), снижение функции внимания, снижение работоспособности, нарушения сна и проявляются соматическими симптомами (лабильность пульса и артериального давления, акроцианоз и гипергидроз, кардиалгии, боли в эпигастральной области, мочеполовые нарушения) могут стать причиной тревожного фона настроения. Так, пациенты с повышенной тревожностью посещают кардиолога в 6 раз чаще, ревматолога в 2,5 раза, невролога, уролога, ЛОР-врача в 2 раза, гастроэнтеролога в 1,5 раза и в 1,5 раза чаще обращаются за помощью в стационар.

Согласно данным ряда эпидемиологических исследований, от 25 до 48% людей старше 65 лет испытывают разнообразные нарушения сна. Инсомния чаще всего наблюдается в сочетании с другими соматическими и неврологическими заболеваниями. Инсомния — повторяющиеся нарушения инициации, продолжительности, консолидации или качества сна, случающиеся при наличии достаточного количества времени и условий для сна и проявляющиеся нарушениями дневной деятельности различного вида. В условиях полиморбидности патологии у пожилых, когда одна патология накладывается на другую, усугубляя и утяжеляя проявления, лечить нарушения сна у этой категории пациентов представляется весьма непростой задачей. Зачастую врачи не лечат инсомнию, чтобы избежать полипрагмазии и ятрогенной патологии. Нередко плохой сон (ранние пробуждения) наряду с другими соматическими жалобами (изменение аппетита и снижение массы тела, астения, нарушения сердечного ритма, головокружения, тошнота, запоры, изжога) может быть маской соматизированной депрессии у лиц пожилого возраста.

Наибольшие трудности испытывает врач поликлинического звена, столкнувшийся с атипично протекающими соматизированными депрессиями (под маской какого-либо соматического заболевания). Депрессию у пожилых выявить сложнее, так как часто встречается маскированная депрессия, проявляющаяся апатией или соматическими жалобами, собственно симптомы депрессии скрыты и неочевидны. Больной не предъявляет активных жалоб на плохое настроение, угнетенность или снижение жизненных интересов. Главным отличительным признаком соматизированной депрессии являются доминирующие в клинической картине соматические и/или вегетативные проявления. Общим признаком соматизированной депрессии является наличие в их структуре наряду с расстройствами настроения многочисленных болезненных соматических симптомов. Соматические симптомы выступают на первый план, перекрывая по степени выраженности депрессивные расстройства.

Среди больных с соматическими и неврологическими заболеваниями депрессия встречается в 2 раза чаще. В свою очередь сочетание депрессии с соматическими и неврологическими заболеваниями, особенно у пожилых женщин, увеличивает риск смерти. Отмечена высокая частота встречаемости депрессии при основных соматических и неврологических заболеваниях: болезнь Паркинсона до 90%, сосудистая энцефалопатия 60%, постинсультные состояния до 50%, злокачественные новообразования 25—38%, артериальная гипертензия 30%, первично-дегенеративные деменции 20—30%, диабет 24%, инфаркт миокарда 15—20%, ишемическая болезнь сердца 16—19%. Учитывая прием нескольких лекарственных средств (иногда как результат самолечения) пациентами пожилого возраста по поводу соматических заболеваний, следует помнить, что одним из факторов развития депрессии является ответ на лекарственную терапию. Существует большое количество лекарственных средств, которые, воздействуя на нейромедиаторные процессы в ЦНС, приводят к развитию депрессивных состояний. Перечень этих препаратов весьма велик и многие из них используются ежедневно.

Возрастные факторы не только накладывают отпечаток на клиническую картину невротических состояний, но и принимают участие в их возникновении и динамике. Отмечается высокая специфичность тревоги для позднего возраста, более чем в 80% случаев симптомы тревоги имеются как в чистом виде, так и в составе тревожно-тоскливого аффекта. Учащаются тревожные депрессии с возрастом (от 7,3% в климактерическом до 30,9% в позднем). Тревожные расстройства у стариков — это основной фактор, скрывающий депрессию.

Нередко жалобы, которые предъявляют пожилые пациенты, связаны со снижением памяти и уменьшением умственной работоспособности. Врачи-неврологи, а также врачи общей практики должны быть нацелены на раннее выявление когнитивных нарушений у пожилых пациентов. Обусловленные возрастом когнитивные нарушения проявляются легкими нарушениями памяти и некоторым замедлением скорости психических процессов. До 75% лиц старше 65 лет недовольны своей памятью. К нормальным возрастным изменениям следует отнести небольшое ослабление памяти, внимания и других когнитивных функций. Поэтому мышление лиц пожилого возраста становится несколько замедленным. Пожилым лицам нужно больше времени для выполнения различных когнитивных заданий, они быстрее устают. С возрастом отмечается также уменьшение объема оперативной памяти, что снижает способность к обучению и усвоению новых знаний и навыков. Наконец, еще один типичный для пожилых лиц когнитивный симптом — трудности перехода с одного этапа когнитивной деятельности на следующий этап. В результате этого пожилые люди менее склонны менять стратегию своего поведения и становятся более консервативными.

У лиц пожилого возраста депрессию чаще всего ошибочно принимают за деменцию. И депрессия, и деменция могут характеризоваться замедленностью психической активности, апатией, пренебрежительным отношением к себе, отстраненностью, раздражительностью. Так распространенность симптомов депрессии среди больных деменцией альцгеймеровского типа варьирует в различных исследованиях и чаще встречается на относительно ранних этапах заболевания.

Важной проблемой является разграничение депрессии и так называемой псевдодеменции, под которой понимают нарушения, обусловленные функциональными психическими расстройствами, напоминающие по своим проявлениям деменцию. Депрессия выявляется у 2—15% больных, направленных на обследование по поводу деменции. Среди проявлений депрессии, имитирующих деменцию, следует отметить снижение памяти, особенно на недавние события, и замедленность мышления. Особенность депрессивных расстройств при деменции — отсутствие жалоб депрессивного характера у больных, поэтому признаки депрессии определяются на основании объективной оценки (наличия пониженного настроения, утраты интересов, снижения активности, повышенной утомляемости, заниженной самооценки, пессимистического видения будущего). В очень редких случаях выявляются суицидальные мысли или действия, самоповреждения, нарушения сна и аппетита. Длительное наблюдение за пациентами с псевдодеменцией показывает, что лишь у небольшой их части в последующем развивается собственно деменция. В то же время есть данные о 50% риске развития деменции в течение нескольких последующих лет у пожилых больных с депрессией. Среди пациентов старше 65 лет синдром деменции выявляется у 8,8%, у 65% из них впервые, при этом 67% не предъявляют врачам никаких когнитивных жалоб.

Среди людей старше 65 лет психические нарушения различной степени составляют 30—35%, из них психозы с выраженными расстройствами — 3—5%. Распространенность психических расстройств среди лиц старше 60 лет выше, чем среди общего населения: по данным эпидемиологических исследований она составляет 27,4%.

Согласно рекомендациям Международной психогериатрической ассоциации (1994), "практически здоровые" пожилые составляют 32,6% популяции. К психически практически здоровым пожилым людям, помимо лиц, не имеющих никаких психических нарушений, могут быть отнесены лица с различными вариантами акцентуации личностных особенностей и "доброкачественной" старческой забывчивостью. О синдроме "связанного со старением снижения когнитивных способностей" можно говорить в тех случаях, когда имеются нарушения в одной или нескольких когнитивных сферах, не достигающие выраженности деменции и обусловленные естественными инволютивными изменениями. Низкая обращаемость пожилых психически больных за необходимой психиатрической помощью и недостаток доступных пожилым специализированных психиатрических служб приводят к низкой выявляемости у них психической патологии, в частности к поздней депрессии.

Дополнительными факторами социальной дезадаптации лиц пожилого возраста наряду с инволютивными изменениями и полиморбидностью соматической и неврологической патологии являются изменения их социального статуса и материальной независимости. Снижение уровня материального благополучия и качества жизни пожилых людей снижает их адаптационные способности, что делает семьи более уязвимыми с позиций внутрисемейного микроклимата, психического фона членов семьи.

В одном из проведенных исследований методом опроса выявляли степень изменения социального статуса семьи и внутрисемейного микроклимата у членов

семей, в которых проживали пожилые больные с постинсультными нарушениями. В 42,3% зависимость пожилого больного, перенесшего инсульт, от родственников была полной, в 21,3% — значительной. Среди опрошенных родственников, ухаживающих за больным, были в основном лица пенсионного возраста, вынужденные изменить свой распорядок дня для ухода за больным. Степень их социальной дезадаптации в 46% оценена как выраженная, в 28% — как умеренная, т. е. степень социальной дезадаптации пожилого человека в связи с болезнью возрастает в разы, усугубляет течение болезни и изменяет внутрисемейный климат.

Депрессивные реакции, связанные с воздействием стрессового фактора, диагностируются у 8,5% лиц в возрасте старше 60 лет. Наибольшая насыщенность стрессогенными факторами в пожилом возрасте приходится на 60—69-летний период жизни. Среди изучаемых психотравмирующих факторов, предшествующих депрессии, наиболее часто (68%) выявлялись собственно соматическое заболевание и смерть или заболевание близких (65%).

Среди факторов медико-социальной дезадаптации пожилых дополнительных и не менее важным моментом являются инволюционные изменения фармакокинетики, которые следует учитывать каждый раз при назначении пожилому пациенту лекарственных средств. Вследствие определенных возрастных изменений функционирования основных органов и систем, обеспечивающих фармакокинетику лекарственных средств у лиц пожилого возраста, при фармакотерапии возрастает риск ее осложнений. У лиц пожилого возраста отмечаются прогрессирующая гипокинезия желудка и кишечника, атрофические изменения их слизистой оболочки, снижение кровотока в желудочно-кишечном тракте, снижение секреции соляной кислоты и повышение рН желудочного сока, в результате чего биодоступность лекарственных средств снижается.

У пожилых больных на 10—15% снижено содержание общей и эффективной концентрации альбуминов в крови, изменяется соотношение связанного препарата к свободному в пользу последнего. Таким образом, при назначении фармпрепарата, особенно связывающегося с альбуминами крови на 85—90% и более, необходимо коррекционное снижение дозы лекарственного средства.

Пожилые люди имеют меньшую мышечную массу, общее и процентное содержание воды в организме, меньший объем плазмы, сниженные концентрации альбуминов и содержание жировой ткани. Это ведет к уменьшению объема распределения водорастворимых веществ. К тому же у лиц данной возрастной категории снижен минутный объем крови. После 45—60 лет процесс биотрансформации лекарственных средств в печени снижается, а в возрасте 60—80 лет вдвое падает кровоток в печени, снижается способность печени восстанавливаться после различного рода повреждений. Кроме того, с возрастом снижается скорость почечной экскреции лекарственных средств, а выведение летучих препаратов уменьшается из-за легочной вентилиации. Учитывая все возрастные изменения, неполноценность процессов биотрансформации препаратов в печени, снижение выделительной функции почек, легких, начальные дозы назначаемых препаратов следует уменьшить на 25—50%.

Среди медико-социальных факторов дезадаптации пожилого возраста на первый план выходит сужение коммуникативной активности, изменение жизненной позиции и социальной значимости. Они влекут за собой изменения социальной жизни — обеднение контактов с общественной средой, ограничение или полное отсутствие внутрисемейного общения или отгороженность от социального окружения в рамках семьи. Оценка и отношение к психотравмирующим ситуациям в позднем возрасте изменяется с трудом из-за утраты "гибкости и подвижности эмоций". Появляющаяся инертность, "застойность", "вязкость" и "застывание" эмоций отражаются на оценке перспектив, самооценке и направленности личности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Зборовский А.Б., Тюренков И.М. Осложнение фармакотерапии. М.: Медицина; 2003.
2. Шавловская О.А. Терпия депрессии у лиц пожилого возраста. Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. 2006; Приложение 1: 21—6.
3. Решетников А.В., Ефименко С.А. Социология пациента. М.: Здоровье и общество; 2008.

Поступила 21.09.13

Г.С. Баласаниянц

СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ТУБЕРКУЛЕЗНОЙ ИНФЕКЦИИ

ФГУ Санкт-Петербургский НИИ фтизиопульмонологии Минздрава РФ, 191036, Санкт-Петербург, Россия

К социально значимым инфекциям относят туберкулез, ВИЧ-инфекцию, парентеральные гепатиты и инфекции, передающиеся половым путем. Это совершенно разные заболевания, но их объединяет социальная составляющая. Если весь социальный компонент рассматривать как единство "социального вклада", позволяющего оценить влияние социальных факторов на возникновение и поддержание эпидемического процесса, и "социального ответа" как результата распространения инфекций в обществе, то становится ясно, что социальный характер туберкулезной инфекции проявляется больше на уровне "социального вклада", нежели "социального ответа", что обусловлено особенностями патогенеза туберкулезной инфекции. "Социальный вклад" влияет не только на развитие болезни, но и на ее поддержание в обществе на этапе возникновения рецидивов туберкулезного заболевания. В то же время бремя "социального ответа" общества на инфекцию при туберкулезе значительно меньше, чем при ВИЧ-инфекции или парентеральных гепатитах. Это связано и с меньшим влиянием на демографические показатели, и с небольшой "затратностью" болезни по сравнению гемоконтактными инфекциями.

Ключевые слова: туберкулез, социальный вклад, социальный ответ