

Метаболический синдром и медико-социальные механизмы его ограничения в пожилом возрасте

В.В. Бенберин, Г.З. Танбаева

Медицинский центр Управления делами Президента Республики Казахстан, г. Алматы

Резюме. В статье представлены результаты использования системного методического подхода к формированию и реализации медико-социальной помощи пожилым людям с целью эффективного использования институциональных ресурсов самих людей, их семей, государства и общественных служб для продления их активного долголетия.

Ключевые слова: медико-социальная помощь, пожилые люди, активное долголетие.

Важнейшим фактором качества здоровья и жизни лиц пожилого возраста является ограничение негативного влияния метаболического синдрома на развитие предболезненных состояний и заболеваний [1-3].

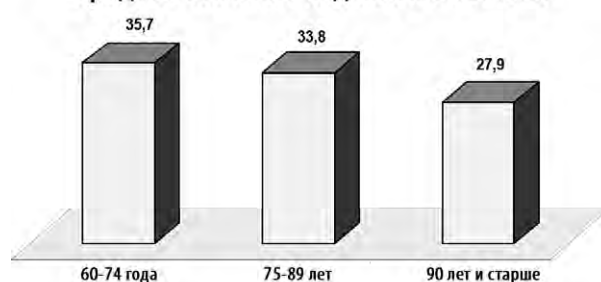
При изучении этого вопроса было установлено, что с увеличением возраста доля лиц, имеющих различные проявления метаболического синдрома, уменьшалась, и среди долгожителей его основные компоненты наблюдались только в 19% случаев. Эти результаты были подтверждены изучением наиболее важных компонентов метаболического синдрома среди исследуемых лиц старшего возраста [4-6].

Проведенные исследования показали (рис. 1), что средние значения индекса массы тела были наибольшими (35,7) в самой «молодой» возрастной группе. С увеличением возраста этот показатель динамично уменьшался и среди долгожителей приближался к норме.

Аналогичная картина наблюдалась при изучении частоты артериальной гипертензии, которая уменьшалась с увеличением возраста и достигала наименьших величин среди долгожителей.

При изучении уровня компонентов метаболического синдрома среди лиц старших возрастных групп были выявлены аналогичные изменения (рис. 2). Так, установлено, что уровень глюкозы, холестерина, ЛПНП и ЛПВП в крови был наименьшим в самой «молодой» (60-74 года) возрастной группе. Среди средней возрастной группы (от 75 до 89 лет) средние значения изучаемых показателей постепенно увеличивались, а у долго-

Среднее значение индекса массы тела



Частота артериальной гипертензии

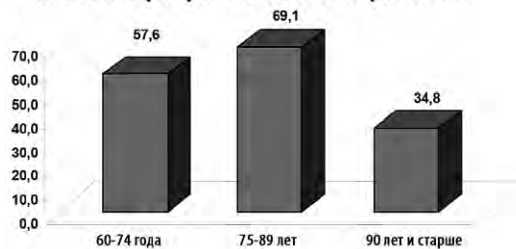


Рисунок 1 Сравнительная частота компонентов метаболического синдрома среди лиц старших возрастных групп

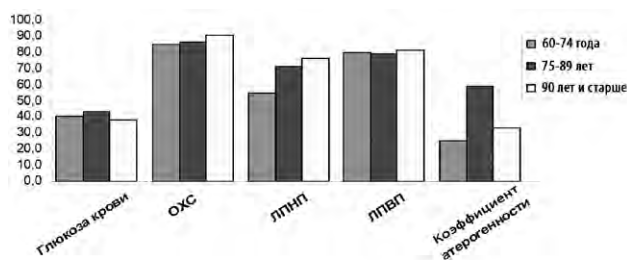


Рисунок 2 Возрастная динамика уровня гуморальных компонентов метаболического синдрома среди лиц старших возрастных групп

жителей (90 лет и старше) — были наибольшими. Соответствующие изменения обнаруживались в величине коэффициента атерогенности, который является интегрированным индикатором начала клинических манифестаций метаболического синдрома.

Следующий фрагмент проведенного исследования был посвящен изучению динамики объемов и структуры непрерывной медицинской помощи, оказываемой лицам старших возрастных групп (рис. 3).

Установлено, что в течение последних 3 лет (2012-2014 гг.) охват лиц старших возрастных групп прикрепленного контингента комплексными профилактическими медицинскими осмотрами (КПМО) динамически увеличивался и в 2014 году достиг 97,3%.

Показано, что среди старших возрастных групп прикрепленного контингента в течение 2012-2014 гг. выявляемость (по данным КПМО) сердечно-сосудистых заболеваний распределялась неравномерно и свидетельствовала об истощенности первичной заболеваемости среди старших возрастных групп. Установлено, что выявляемость заболеваний сердечно-сосудистой системы в течение исследуемых лет имеет тенденцию к снижению; выявляемость онкологической патологии сохранялась высокой во всех изучаемых группах (рис. 4).

Одновременно смертность от болезней сердечно-сосудистой системы и злокачественных

новообразований в течение исследуемых лет имела выраженную тенденцию к снижению (рис. 5).

При этом следует особенно подчеркнуть, что в исследуемые годы для повышения эффективности донологической диагностики наиболее распространенных и редких онкологических заболеваний в рамках республиканских целевых скрининг-программ используются инновационные наиболее информативные тесты.

Изучение динамики объема и структуры амбулаторно-поликлинической помощи лицам старшей возрастной группы показало, что охват медицинской помощи на дому в течение исследуемых лет увеличивался с 70,8% в 2012 году до 86,3% в 2014 году; их лечения в дневном стационаре — с 40,5 до 60,3% соответственно.

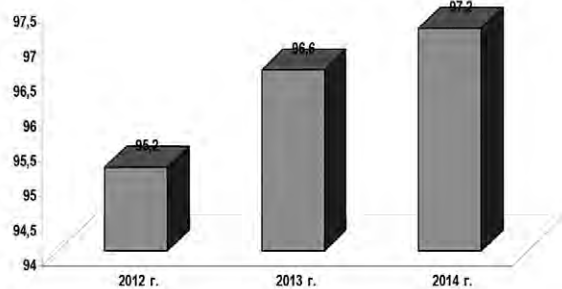
Известно, что стационарная помощь лицам старших возрастных групп является центральным звеном в непрерывной цепи специализированной и высокоспециализированной медицинской помощи.

При этом для оценки эффективности этого вида лечения имеет важное значение соотношение между экстренной и плановой госпитализацией.

Изучение этого показателя свидетельствовало, что в течение 2012-2014 гг. уровень экстренной госпитализации снизился с 12 до 11,3%, а плановой, наоборот, увеличился с 88 до 87,3%.

Полученные результаты, на первый взгляд, являются маловыраженными, однако они свидетельствуют о большей интеграции поликлиники

Охват комплексными профилактическими медицинскими осмотрами



Охват медицинской помощью на дому

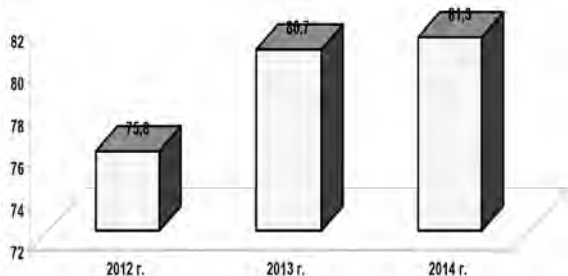


Рисунок 3 Динамика объема и структуры амбулаторно-поликлинической помощи лицам старших возрастных групп из числа прикрепленного контингента

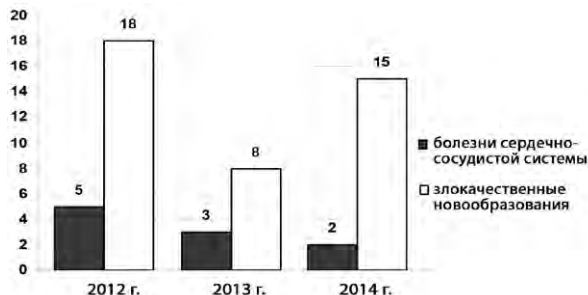


Рисунок 4 Динамика первичной заболеваемости болезнями органов кровообращения и онкозаболеваемости

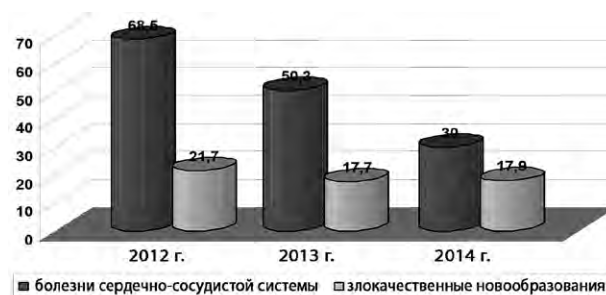


Рисунок 5 Динамика смертности от болезней сердечно-сосудистой системы и злокачественных новообразований

и стационара и в целом отражают уровень качества и непрерывности оказываемой медицинской помощи.

В рамках проводимого исследования было интересно проследить, как в течение исследуемых лет изменялись объем и структура оказываемой высокоспециализированной медицинской помощи.

Проведенные исследования не выявили выраженных динамических тенденций в числе и структуре проведенных высокотехнологичных операций. Однако следует упомянуть, что их проведение для пожилых людей является главным приоритетом, а их количество и перечень ограничиваются лишь более высокими требованиями к показаниям и противопоказаниям для лиц старших возрастных групп. Использование интервенционных видов лечения лиц пожилого и старческого возрастов позволяет продлевать продолжительность жизни и укрепить их жизненную позицию. Проводились такие виды интервенционных вмешательств, как стентирование, коронароангиография и др. Среди долгожителей такого рода вмешательства проводились гораздо реже по строгим жизненным показаниям.

Известно, что санаторная реабилитация лиц пожилого возраста является заключительным звеном в организации непрерывной медико-социальной помощи. Оценка динамики этого вида медико-социальной помощи показала, что в течение 2012-2014 гг. лица в возрасте от 60 до 74 лет в санаториях Медицинского центра были в среднем 1,3 раза; в возрасте от 75 до 89 лет — 1,1 раза, а среди долгожителей только каждый второй получал санаторную реабилитацию.

Следует учесть, что ограничений в этом виде медико-социальной помощи для лиц пожилого возраста, прикрепленных к больнице, нет, а сокращение частоты санаторной реабилитации долгожителей обуславливается ограничением их двигательной активности и необходимостью постоянного ухода со стороны членов семьи.

На заключительной стадии проведенного исследования основные его результаты были использованы для разработки модели медико-социального обеспечения активного долголетия. При этом были сформулированы основные принципы и критерии оценки ее конструирования. Принципами организации медико-социальной помощи людям старшего возраста являются:

1. Интеграция и координация служб здравоохранения и социального развития.
2. Учет конституциональных половозрастных и ментальных особенностей пожилых людей в качестве базового потенциала противодействия преждевременному старению.

3. Постоянный мониторинг гуморальной среды и активные медицинские вмешательства в сохранении адаптационно-приспособительных механизмов.

4. Непрерывность и внутреннее единство амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи и медико-социальной реабилитации пожилых людей.

Разработанная нами модель медико-социального обеспечения активного долголетия состоит из трех взаимосвязанных разделов:

- 1) Факторы риска, ускоряющие старение.
- 2) Солидарная ответственность государства, пожилых людей и медико-социальных служб.
- 3) Технологии повышения качества здоровья и жизни.

Использование такого системного методического подхода к формированию и реализации медико-социальной помощи пожилым людям позволяет эффективно использовать институциональные ресурсы самих людей, их семей, государства и общественных служб для продления их активного долголетия.

Критериями оценки эффективности медико-социальной помощи пожилым людям являются следующие:

1. Количественная оценка позитивных изменений в образе, качестве жизни и здоровье пожилых людей.
2. Число лет, прожитых после выхода на пенсию.
3. Уровень заболеваемости, инвалидности и преждевременной смертности пожилых людей.
4. Увеличение доли долгожителей среди пожилых людей.

Список использованной литературы

1. Мадридский международный план действий по проблемам старения 2002 года. Принят Второй Всемирной ассамблеей по проблемам старения. Мадрид, 8-12 апреля 2002 года. — 2002.
2. Бенберин В.В. Атерогенез и его роль в метаболическом синдроме // *Consilium*. — 2011. — № 2 (32). — С. 5-9.
3. Бенберин В.В., Ахетов А.А., Танбаева Г.З. Гуморальные и клинические проявления метаболического синдрома у государственных служащих. Международный Казахско-Турецкий университет им. Х. Яссауи. Материалы международной научно-практической конференции «Междисциплинарные аспекты метаболического синдрома». — Туркестан, 2014. — С. 64.
4. Анисимов В.Н. Молекулярные и физиологические механизмы старения: В 2 томах. — 2-е изд., перераб. и доп. — СПб.: Наука, 2008. — Т. 1. — 481 с.
5. Бенберин В.В., Танбаева Г.З., Смаилова Ф.К. Распространенность предикторов метаболического синдрома среди государственных служащих // *Вестник Медицинского центра Управления делами Президента Республики Казахстан*. — 2014. — № 2. — С. 18-20.

Надійшла до редакції 15.10.2015 р.