

## СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НИМИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аниёзова Д.Ж., Исмаилова К.С.

## КЕКСА ЁШДАГИ КИШИЛАР САЛОМАТЛИГИ ВА УЛАРНИНГ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ТИЗИМИНИНГ БИРЛАМЧИ БЎҒИНИДАГИ ТИББИЙ НАЗОРАТИ

Аниёзова Д.Ж., Исмаилова К.С.

## HEALTH CONDITION OF OLDER PEOPLE AND MEDICAL FOLLOW-UP IN THE PRIMARY HEALTH CARE

Aniozova D.J., Ismailova K.S.

Ташкентский институт усовершенствования врачей,  
Копенгагенский университет, Дания

**Мақсад:** Ўзбекистоннинг танлаб олинган хуудларда кекса ёшдаги аҳолининг касалланиши ва уларга кўрсатилаётган бирламчи тиббий-санитар ёрдам сифатини ўрганиш. **Материал ва усуллар:** танлаб олиш усули ёрдамида Ўзбекистоннинг бта вилоятининг бта тумани ва Тошкент шаҳрида уй хўжаликларда истиқомат қилувчи 365 нафар 60 ёш ва ундан юқори аҳоли орасида сўровнома ўтказилди. Сўров ўтказиш учун махсус ишлаб чиқилган анкетадан фойдаланилди; маълумотларни кўчириб олиш махсус ишлаб чиқилган клиник карта бўйича амалга оширилди. **Натижа:** сўровнома қатнашчиларининг ҳар бирида сурункали касалликларнинг мавжудлиги, ўртача иккитадан, якка ва ёлғиз яшовчи турмуш ўртоқларда эса 3 тадан сурункали касалликлар қайд этилди. Аниқланган патронаж хизматининг тўлақонли эмаслиги алоҳида нозологиялар бўйича стандартларнинг йўқлиги билан боғлиқ бўлиши мумкин. Шу билан бирга тиббий-ижтимоий хизмат кўрсатишда ҳам номувофиқлик аниқланди. **Хулоса:** бир нечта сурункали касалликлари мавжуд кекса ёшдаги беморларга тиббий-ижтимоий ёрдам кўрсатиш бўйича бирламчи тиббиёт бўғини учун миллий стандартларнинг йўқлиги, шифокорнинг қабул вақтининг етарли эмаслиги, тиббий ва ижтимоий хизматлар мувофиқлигининг йўқлиги кекса ёшдаги аҳолига кўрсатилаётган тиббий ёрдам сифатини пасайтиради.

**Калит сўзлар:** кекса ва қариялар, тиббий назорат, бирламчи тиббиёт бўғини, сўровнома (тадқиқот).

**Objective:** to study the morbidity of older people and the provision of primary health care to them in selected regions of Uzbekistan. **Material and methods:** selectively in 6 districts of 6 regions of Uzbekistan and in Tashkent city, a survey (survey) of 365 people 60 years and older living in households was conducted. For the survey used a specially designed questionnaire; data copying was carried out in the developed clinical map. **Results:** every second respondent noted the presence of chronic diseases (2 on average), while the lonely and single living spouses had an average of 3 diseases. The deficiencies of the patronage service are revealed, which may be due to the lack of standards for individual nosologies. The inconsistency in the provision of medical and social assistance was also identified. **Conclusions:** the lack of national standards for the management of elderly patients, taking into account the presence of several chronic diseases and the provision of medical and social care at the primary level, insufficient time for taking a doctor, the lack of integration of medical and social care reduces the quality of medical care provided to the elderly population.

**Key words:** elderly people, medical observation, primary health care, questioning (survey).

Одной из доминирующих тенденций XXI века является старение населения, то есть увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения (старше 60 лет, а в развитых странах Запада – 65 лет). Так, доля пожилого населения мира увеличилась с 9,2% (841 млн) в 1990 году до 11,7% в 2013 году и, по прогнозу, к 2050 году может достигнуть 22% (2 млрд человек) [1-3].

В последние годы наиболее интенсивные демографические изменения происходят в развивающихся странах с низким и средним уровнем дохода. В Узбекистане доля лиц в возрасте 60 лет и старше также увеличивается. Сегодня она составляет более 6,4% всего населения, а к 2050 году может вырасти (по данным УзГосКомПрогнозСтат) до 21,5%. Это приведёт к увеличению производительной нагрузки на трудоспособную часть населения, экономической нагрузки на пенсионную систему, социальный

сектор. Пожилые пациенты являются основными потребителями медицинских услуг, большая часть бюджета здравоохранения расходуется на них.

### Цель исследования

Изучение заболеваемости пожилых людей и оказание им первичной медико-санитарной помощи в выбранных регионах Узбекистана.

### Материал и методы

Выборочным методом в 6 районах из 6 областей Узбекистана и в г. Ташкенте проведено анкетирование (опрос) 557 лиц 60 лет и старше, проживающих в домохозяйствах. Выборка респондентов проведена сплошным методом. Критерии отбора – возраст 60 лет и старше, проживание в домохозяйстве. Опрос проведен после получения добровольного письменного согласия респондентов. Изучено мнение опрошенных о состоянии их здоровья и имеющихся у них хронических заболеваниях. Среди опрошенных сель-

ские жители составили 42,4%, женщины – 57,5%. В возрасте 60-74 лет было 69,4% респондентов, остальные – 75 лет и старше. Выкопировка данных о заболеваемости проведена из амбулаторных карт 365 пациентов 60 лет и старше, обратившиеся в 6 СВП, 7 СП. Для опроса использована специально разработанная анкета; выкопировка данных проводилась в разработанную клиническую карту. Все полученные данные введены в базу данных MS Office Access 2010, статистическая обработка произведена в программе IBM SPSS Statistics version 20.

### Результаты и обсуждение

Одним из предикторов качества жизни, особенно в пожилом возрасте, является самооценка состояния здоровья. В нашем исследовании большинство опрошенных пожилых оценили состояние своего здоровья как «хорошее» (51,7±2,1%) и «удовлетворительное» (41,5±2,0%), и только 6,8±1,1% как «плохое». Детальный анализ показал, что на плохое состояние здоровья намного чаще (в 2,3 раза) жаловались долгожители – 75 лет и старше (11,2±2,4% против 4,9±1,1% лиц 60-74 года) и соответственно реже они считали свое здоровье хорошим: 42,0±5,7% против 55,9±3,2% у 60-74-летних ( $p<0,05$ ). Сельские жители свое здоровье как «хорошее» оценивали достоверно чаще, чем горожане – соответственно 59,3±4,1 45,9±4,1%, ( $p<0,05$ ), и в два раза реже считали его «плохим» – соответственно 4,1±1,2 и 8,8±1,6% ( $p<0,05$ ). Обращает на себя внимание то, что в сельской местности особых различий в оценке состояния здоровья в зависимости от возраста не отмечено, тогда как в городах на «хорошее» состояние здоровья в 1,6 раза чаще указывали 60-74-летние (52,1±4,7% против 33,3±7,9%,  $p<0,01$ ), а на «плохое» – в 2 раза чаще лица 75 лет и старше (13,3±9,1%, против 6,6±6,3%).

Намного чаще считали свое здоровье «хорошим» лица с высшим (55,2±5,3%) и средним (42,2±2,4%) образованием, тогда как лица с начальным образованием – в 2,5-3 раза реже (17,6±6,5%,  $p<0,001$ ). В то же время последние, а также лица со среднеспециальным образованием значительно чаще по сравнению с остальными группами считали свое здоровье «удовлетворительным» (67,6% и 50%) или «плохим» (14,7% и 13,3%).

Следует отметить, что в связи с ухудшением состояния здоровья в течение последнего месяца 58,7% респондентов вынуждены были ограничить выполнение своих ежедневных обязанностей. Это фактически те пожилые, которые оценили свое здоровья как «удовлетворительное» и «плохое». При этом более 10% пожилых указали, что испытывали сильную (2,8%) или умеренную (7,4%) боль, которая ограничивает их физическую активность, а также общение с окружающими людьми.

Оценивая свое здоровье только 55,8±2,1% опрошенных указали на наличие у них хронических заболеваний, в среднем по 2, что совпадает с данными ВОЗ. В частности 28,4% опрошенных отметили у себя наличие одного заболевания, 12,2% – по 2 заболевания, 8,4% – по 3 заболевания, 6,8% – по 4 за-

болевания и более; остальные 44,2% пожилых отметили отсутствие у себя каких-либо хронических заболеваний. Следует подчеркнуть, что одинокие и одиноко проживающие супруги (без детей и других родственников) значительно чаще (71%) отмечали у себя хронические заболевания, в среднем – по 3 заболевания.

Обращает на себя внимание тот факт, что в обеих возрастных группах мужчины немного чаще, чем женщины отмечали, что имеют хроническое заболевание (табл. 1). В то же время количество указанных заболеваний в расчете на 1000 опрошенных было намного больше у женщин, особенно в возрасте 75 лет и старше. Поэтому и среднее число болезней у одной женщины оказалось несколько больше (2,1 заболевания), чем у мужчин (1,9).

**Таблица 1**  
**Мнение пациентов о наличии у них заболеваний**

Возраст, лет	Имеют заболевания, на 100 опрошенных			Всего зарегистрировано заболеваний, на 1000 опрошенных		
	оба пола	жен.	муж.	оба пола	жен.	муж.
60-74	55,0	54,2	56,1	1099,3	1125,0	1061,4
75 и старше	57,4	56,2	59,1	1161,3	1236,0	1060,6
Всего	55,8	54,9	57,2	1167,0	1163,4	1061,1

Анализ по нозологиям показал, что подавляющее большинство респондентов указали на наличие у них гипертонической болезни и ИБС (70,9% пожилых), что соответствует общемировым данным, четверть опрошенных (25,2%) отметили у себя болезни опорно-двигательного аппарата, пятая часть (20,4%) – заболевания нервной системы (энцефалопатии) и только каждый девятый опрошенный (11,7%) – заболевания пищеварительной системы. На наличие других заболеваний, наиболее характерных для лиц старших возрастов, указали 7,1% респондентов (табл. 2).

С целью получения объективных данных о медицинском наблюдении в ЛПУ первичного звена за пожилыми и об уровне и структуре их заболеваемости в специально разработанную «Клиническую карту» нами проведена выкопировка данных из «Медицинских карт амбулаторного пациента» опрошенных пожилых об имеющихся заболеваниях за последние 5 лет. Как оказалось, у 170 (30,5%) опрошенных амбулаторных карт не было. Только 387 (69,5%) опрошенных имели в СВП и СП «Амбулаторную карту пациента», у всех были те или иные хронические заболевания. Статистическая обработка этих данных позволила получить картину заболеваемости по обращаемости респондентов.

При сопоставлении результатов опроса пожилых об имеющихся заболеваниях и данных записей в амбулаторных картах о количестве и характере зарегистрированных заболеваний, оказалось, что мнение опрошенных пожилых отличается от объективных данных амбулаторных карт (табл. 2).

**Таблица 2**  
**Структура респондентов в зависимости от количества имеющихся хронических заболеваний по результатам опроса и данным амбулаторных карт, абс. (%)**

Количество заболеваний на одного опрошенного	Мнение пожилых респондентов, n=557	Данные амбулаторных карт, n=387
1	158 (28,2)	128 (33,1)
2	68 (12,2)	100 (25,8)
3	47 (8,4)	82 (21,2)
4	20 (3,6)	26 (6,7)
5	8 (1,4)	4 (1,0)
6-8	10 (1,6)	2 (0,5)
Всего заболеваний	626 (112,4)	710 (183,5)

Так, доля больных, имевших от 1-го до 4-х заболеваний, по данным амбулаторных карт была 1,5-2,5 раза выше, чем по мнению самих пожилых лиц. В то же время число пожилых, отметивших у себя по 5 и более заболеваний (3,2%) в 2 раза превышает их число по данным записей амбулаторных карт (1,5%). Обращает на себя внимание то, что 44,5% пожилых вообще не отметили у себя наличия хронических заболеваний.

Ведущими заболеваниями, зарегистрированными в учреждениях ПМСП при обращении, были болезни сердечно-сосудистой системы, желудочно-кишечного тракта, опорно-двигательного аппарата и мочеполовой системы (табл. 3). При этом выявлены достоверные различия и в частоте отдельных нозологий в сравниваемых группах (табл. 3). В частности, по большинству заболеваний официальные данные в амбулаторных картах превышают результаты опроса. Особенно это касается болезней глаза и его придатков и заболеваний мочеполовой системы, на которые пациенты при опросе не указывали. Это связано с тем, что пожилые люди не обращают должного внимания на признаки этих заболеваний или считают их проявлениями возрастных изменений, и в конечном итоге не обращаются своевременно за медицинской помощью. В то же время по данным амбулаторных карт эти заболевания были выявлены соответственно у 6,2 и 12,4% опрошенных. Обращает на себя внимание также тот факт, что сахарный диабет выявлен медработниками почти у каждого 9-го пациента, а на наличие этого заболевания при опросе указали лишь 4,9%, т. е. в 2 раза меньше. Следовательно, эти пациенты не были информированы о наличии у себя СД и его возможных осложнениях и, вероятно, не получали адекватного лечения, что может привести к развитию тяжелых сосудистых осложнений, инвалидности и смерти. Такая же картина выявлена и в отношении заболеваний пищеварительной системы: по данным опроса, их было в 2 раза меньше, чем по записям в амбулаторных картах.

Вместе с тем, следует отметить, что болезни опорно-двигательного аппарата и болезни нервной системы в амбулаторных картах были зафиксированы реже, чем на них указывали пожилые люди при опросе. Это в значительной степени связано с тем, что клинические проявления этих заболеваний свя-

заны с болью и сильно беспокоят пожилых, тогда как врачи считают их признаками старости и не регистрируют их в амбулаторных картах и, видимо, не назначают лечения.

**Таблица 3**  
**Частота заболеваний по результатам опроса пожилых и данным амбулаторных карт (на 100 опрошенных и амбулаторных карт)**

Заболевание	Частота заболеваний, на 100 опрошенных и на 100 амбулаторных карт, %		Различия в показателях по данным опроса против амбулаторных карт	
			% (раз)	p
ССЗ: ИБС, гипертоническая болезнь	70,9±1,9	87,6±1,7	+16,7 (в 1,2 раза)	<0,05
Болезни опорно-двигательного аппарата: артриты, артрозы, полиартриты, грыжа позвоночника	25,2±1,8	16,9±1,9	-30% (в 1,5 раз)	<0,05
Заболевания пищеварительной системы: язвенная болезнь, хр. гепатит, хр. холецистит, хр. панкреатит	11,7±1,4	21,9±2,1	+80% (в 1,9 раз)	<0,05
Сахарный диабет	4,9±0,9	10,7±1,1%	+218% (в 2,2 раза)	<0,05
Болезни нервной системы:энцефалопатии	20,4±1,7	9±1,4	-44 (в 2,3 раза)	<0,05
ХОБЛ: бронхиальная астма, хронический бронхит	1,9±0,6	5,7±1,2	+300% (в 3 раза)	<0,05
Болезни мочеполовой системы: хр. пиелонефрит, простатит, аденома	0,7±0,4	12,4±1,7	в 17,7 раза	<0,05
Болезни глаз: катаракта, атрофия зрительного нерва	-	6,2±1,2	0	

Обращает на себя внимание и то, что среди опрошенных пожилых, у которых имелись амбулаторные карты в СВП и СП (69,5%), динамически в последние 2-5 лет наблюдались лишь 46,8%.

Важно отметить и то, что 78,2% пожилых, у которых не было амбулаторных карт, т.е. кто не находился под медицинским наблюдением, по данным опроса имели в среднем одно-два хронических заболевания. Подавляющее большинство из них так же, как и у наблюдавшихся в СП, СВП, отметили у себя сердечно-сосудистые заболевания, а также сахарный диабет, болезни опорно-двигательного аппарата. Следовательно, эти пожилые также динамического медицинского наблюдения в первичном звене здравоохранения.

При анализе «Медицинских карт» (ф. 025/у) была углубленно изучена посещаемость пожилых людей учреждений первичного звена здравоохранения. За 2014 год на одного пожилого пациента приходилось в среднем 2 посещения в учреждение ПМСП, из них 1 раз – по поводу обострения хронического заболевания, 1 раз – по приглашению ВОП для углубленного медицинского осмотра узкими специалистами из центральной многопрофильной поликлиники районного или городского медицинского объединения. Медицинский осмотр часто ограничивался только объективным осмотром специалистов выездной бригады, проведением общего анализа крови и мочи, ЭКГ у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями и определением глюкозы крови только у больных сахарным диабетом, что не соответствует национальным стандартам. При наличии

этих серьезных заболеваний это свидетельствует о неадекватном медицинском наблюдении за пациентами и их низкой медицинской активности.

При опросе только половина респондентов (46,9%) указали, что они при заболеваниях обращаются в СВП и СП. Остальные обращаются в другие учреждения, минуя учреждения ПМСП: 10,8% – в больницы, 3,2% – в частные клиники и 17,4% – в скорую медицинскую помощь. И, как правило, не во всех медицинских картах в СВП, СП зафиксированы сведения об обращениях в другие ЛПУ и, следовательно, о выявленных заболеваниях, проведенном лечении и рекомендациях по последующему наблюдению. При этом как причину обращения в другие медицинские учреждения респонденты указывали на недостаточное внимание со стороны медицинских работников в СВП и СП (32,9%), что связано с пожилым возрастом (9,2%), и неполноценное обследование (2,5%). Около 20% опрошенных в последние годы не обращались ни в какие ЛПУ.

По данным опроса, 76,2% респондентов с хроническими заболеваниями принимают лекарственные препараты, из них 55,4% – по 1-2 медикамента, 34,4% – 3-4 препарата, остальные 10,3% – 5 и более. Обращает на себя внимание тот факт, что 41,8% респондентов принимают лекарства без назначения врача, что может привести к развитию побочных эффектов и осложнений.

Согласно записям в медицинских картах в СВП и СП и опроса респондентов, только 273 (70%) из 387 пациентов были охвачены сестринским патронажем по поводу хронических заболеваний, хотя, как уже указывалось, все они имели хронические заболевания. При этом в 40,7% случаях патронаж проводился 1 раз в месяц, в 33,3% – 1 раз в неделю (без учета тяжести заболевания), у остальных – реже. Согласно ответам респондентов, объем работы патронажных сестер во время визита к пациенту ограничивался сбором жалоб и информации о приеме лекарственных препаратов. Только при наличии жалоб у пожилых проводилось измерение артериального давления. Такая ситуация в значительной степени вызвана отсутствием у медсестер протоколов по ведению пожилых пациентов, а также тем, что оценка работы патронажной медсестры осуществляется по количеству проведенных визитов, а не по их качеству, а также отсутствием нормативов для патронажа по гериатрии.

При опросе 44,4% респондентов отметили, что у них имеется потребность в следующих видах медицинской помощи: в стационарном лечении – у 20,1%, консультации узких специалистов – у 12,4%, реабилитации – у 68%, в сестринском уходе – у 13,4%.

#### Выводы

1. Каждый второй из опрошенных отметил у себя наличие хронических заболеваний, в среднем по 2. Среди одиноких и одиноко проживающих пожилых супругов хронические заболевания имели 71%, в среднем по 3 заболевания.

2. Пожилые люди при опросе реже указывали на заболевания мочеполовой системы, сахарный диабет, ХОБЛ, чем установлено в амбулаторных картах.

3. Каждый третий опрошенный (30,5%) не имел амбулаторной карты в СВП и СП. Из тех, у кого имелись амбулаторные карты в СВП/СП, более чем у половины были недостатки в записях в амбулаторной карте за последние 2-5 лет (т.е. о динамическом наблюдении), хотя все они имели 1-2 серьезных хронических заболевания, в частности у 78,2% имели место гипертоническая болезнь и ИБС.

4. Более 50% пожилых не обращаются в учреждения первичного звена из-за недостаточного внимания медработников, что, вероятно, связано с ограничением времени приема пациентов. Недостатки патронажной службы связаны с отсутствием стандартов по отдельным нозологиям. Выявлена также несогласованность в оказании медико-социальной помощи.

#### Литература

1. Государственный Комитет статистики Республики Узбекистан. Демографическая ситуация в Республике Узбекистан. <http://www.stat.uz>

2. Herbermann J. D., Miranda D. Обезвреживание демографической «бомбы замедленного действия» в Германии. 2012. Бюллетень ВОЗ 14–16.

3. [http://www.euro.who.int/\\_data/assets/pdf\\_file/0005/235976/Prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-European-Region-Progress-report-Rus.pdf](http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/235976/Prevention-and-control-of-noncommunicable-diseases-in-the-European-Region-Progress-report-Rus.pdf)

### СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ И МЕДИЦИНСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ЗА НИМИ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Аниёзова Д.Ж., Исмаилова К.С.

**Цель:** изучение заболеваемости пожилых людей и оценка качества предоставляемой им первичной медико-санитарной помощи в выбранных регионах Узбекистана. **Материал и методы:** выборочным методом в 6 районах 6 областей Узбекистана и в г. Ташкенте проведено анкетирование (опрос) 365 лиц 60 лет и старше, проживающих в домохозяйствах. Для опроса использована специально разработанная анкета; выкопировка данных проведена в разработанную клиническую карту. **Результаты:** каждый второй из опрошенных отметил у себя наличие хронических заболеваний (в среднем по 2), при этом у одиноких и одиноко проживающих пожилых супругов в среднем имелось по 3 заболевания. Выявлены недостатки патронажной службы, что может быть связано с отсутствием стандартов по отдельным нозологиям. Определена также несогласованность в оказании медико-социальной помощи. **Выводы:** отсутствие национальных стандартов по ведению пожилых пациентов с учетом наличия нескольких хронических заболеваний и по оказанию медико-социальной помощи на уровне первичного звена, недостаточное время приёма врача, отсутствие интеграции медицинской и социальной помощи снижает качество медицинской помощи, предоставляемой пожилым населению.

**Ключевые слова:** пожилые люди, медицинское наблюдение, первичное звено здравоохранения, анкетирование (опрос).