

фармакологических свойствах фурамона и его клиническое значение для терапии глаукомы».

В последующем воспитанники кафедры глазных болезней КГМИ, ученики О.А.Дудинова, стали известными учеными и возглавили профильные кафедры в других городах СССР: М.А. Пеньков (Харьков), В.И. Кобзева (Кемерово), Н.Х. Хасанова (Казань). Врач-исследователь В.Я. Эскин стал одним из авторов современного диагностического метода – электроокулографии, А.А. Айдаралиев стал министром здравоохранения Кыргызской ССР.

А.А. Айдаралиев был первым кыргызом, получившим ученую степень кандидата медицинских наук по офтальмологии. Его научная работа была своевременной и востребованной практическим

здравоохранением. Офтальмологи республики внедряя практические рекомендации, разработанные в кандидатской диссертации А.А. Айдаралиева завершили масштабную работу офтальмологов по ликвидации трахомы в Кыргызской ССР.

В последующие годы, опираясь на результаты научной работы А.А. Айдаралиева, где была разработана методика изучения заболеваемости населения глазными болезнями, М.К. Дикамбаева защитила кандидатскую диссертацию по распространению глаукомы в республике (1970). О.Д. Джумагулов защитил докторскую диссертацию по изучению заболеваемости населения всей республики глазными болезнями (1996). Обе диссертации были защищены в г. Москве.

СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ЗДОРОВЬЯ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В ТАДЖИКИСТАНЕ

Шарипов С.Ф., Дабуров К.Н.

Кафедра гигиены окружающей среды Таджикского Государственного Медицинского
Университета имени Абуали ибни Сино,
г. Душанбе, Таджикистан

Резюме. Основной проблемой людей пожилого возраста в Таджикистане является здоровье, которое ограничивает или исключает их активную жизнедеятельность. Целью исследования было оценить в социально-гигиеническом аспекте основные показатели здоровья пожилых людей в Таджикистане. Использованы отчетно-учетные формы ЛПУ, Государственной службы медико-социальной экспертизы и Агентства по статистике 600 лиц пожилого возраста за период 2010-2014гг. В структуре заболеваемости первое место среди классов болезней занимали в 34,2% случаев болезни системы кровообращения. На втором месте оказывались болезни органов пищеварения (15,1%), далее следовали - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (13,2%), заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (11,3%), болезни органов дыхания (10,5%). Доля перечисленных видов патологии в структуре общей заболеваемости составила 73,8%. Таким образом, в пожилом возрасте, структура заболеваемости изменяется за счет уменьшения числа острых заболеваний и увеличения числа болезней, связанных с прогрессированием хронических патологических процессов.

Ключевые слова: пожилые люди, возрастная классификация, заболеваемость, индикаторы, оценка, здоровье.

ТАЖИКИСТАНДА УЛГАЙГАН АДАМДАРДЫН ДЕН СОЛУГУНУН СОЦИАЛЬДЫК ЖАНА ГИГИЕНАЛЫК БААЛОО

Шарипов С.Ф., Дабуров К.Н.

Абу Али Ибн Сина атындагы Тажик мамлекеттик медициналык университети, Айлана-чөйрөнү гигиенасынын бөлүмү,
Душанбе ш., Таджикистан

Корутунду. Таджикистанда улгайган негизги маселе чектейт же активдүү жашоо жок саламаттык сактоо болуп саналат. Изилдөөнүн максаты: Таджикистанда улгайган адамдардын ден соолугунун негизги көрсөткүчтөрүнүн коомдук-гигиеналык жактарын баалайып. Биз саламаттык сактоо уюмдарынын отчеттуулук жана жазуу ыкмаларын колдонгон, дарылоо жана коомдук экспертиза агенттиги жана статистика боюнча мамлекеттик кызматы 600 мезгил ичинде улгайган адамдар 2010-2014. Кан айлануу системасы оорулары ээлеген 34,2% оорулардын биринчи класстын арасында ооруларынын түзүмүндө. Тамак эритүү системасын (15,1%), оору болуп чыкты экинчи орунда, андан кийин - таяныч жана бир байланыш кыртышы (13,2%) оорулары, эндокриндик оорулар, тамак-аш жана зат алмашуу оорулар (11,3%), оорунун дем алуу органдары (10,5%). жалпы өлүмдөрдүн түзүмүндө оорулардын түрлөрүнүн үлүшү 73,8% ды түзгөн. Корутундулар.

Карыганда, тузумун оорусунун курч оорулардын санын азайтуу жана өнөкөт патологиялык жараандардын жакшыртуу менен байланыштуу оорулардын санын көбөйтүү менен өзгөрөт.

Негизги сөздөр: *улгайган, жашы классификация, оорусу, индикаторлор, баа берүү, саламаттыкты сактоо.*

SOCIO-HYGIENIC ASSESSMENT HEALTH OF THE ELDERLY PEOPLE IN TAJIKISTAN

Sharipov Soleh, Daburov Komil

Avicenna Tajik State Medical University, Environmental health department,
Dushanbe, Tajikistan

Resume: *The main problem of the elderly in Tajikistan is health, which restricts or eliminates their active life. Purpose of the study was assess the socio-hygienic aspects of the main indicators of the health of elderly in Tajikistan. We used report forms of health facilities, State Service of Medical and Social Expertise and the statistical agency for 600 elderly for the period 2010-2014. In the structure of morbidity first place among classes of diseases were 34.2% of cases of diseases of the circulatory system. In second place were diseases of bodies of digestion (15.1%), followed by diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (13.2%), diseases of the endocrine, nutritional and metabolic disorders (11.3%), respiratory diseases (10.5%). The proportion of listed types of pathology in general morbidity structure amounted to 73.8%. In conclusions, in old age, the structure of morbidity changes by reducing the number of acute diseases and an increase in the number of diseases associated with progression of chronic pathological processes.*

Keywords: *elderly, age classification, morbidity, indicators, evaluation, health.*

Актуальность. В настоящее время к основным проблемам людей пожилого возраста в Таджикистане относятся ограничение или исключение их из активной жизнедеятельности, резкое снижение статуса в обществе, при большом количестве свободного времени и качестве его наполнения.

Переоценка жизненных приоритетов вывела на первое место здоровье человека, находящегося в зависимости от степени удовлетворения потребностей всего населения различными компонентами, составляющими его благосостояние [1].

В соответствие с принятыми нормативно-законодательными документами социальная работа с пожилыми людьми должна исходить из присущих им особенностей социального, личностного и общественного функционирования [2].

При этом ведущие специалисты общественного здоровья и демографической политики во всех развитых странах отмечают постепенный рост удельного веса пожилых людей в возрастной структуре общего населения [3]. Однако в период экономических и социальных преобразований пожилые люди оказались наиболее уязвимым слоем населения, что часто приводит, особенно в кризисной ситуации, к повышению уровня их заболеваемости, инвалидности и смертности [2,4].

Между тем, Таджикистан как страна – член Международной организации труда –

обязана, в случаях заболеваемости, предоставлять пожилым людям, как минимум, обслуживание семейными врачами, включая визиты на дому и врачами-специалистами в стационарных и амбулаторных условиях. Соответствующая информация, получаемая в процессе медико-социального мониторинга, является основой для принятия корректных решений, связанных с управлением общественным здоровьем [5], в целом. Кроме того, она должна быть объективной и надежной, так как в противном случае, оптимизировать механизм управления как способ регулирования по конечному результату не представляется возможным [6].

Цель. Изучить и оценить в социально-гигиеническом аспекте основные показатели здоровья пожилых людей в Таджикистане.

Материалы и методы исследований. Объектом исследования явились 600 человек, лица пожилого возраста, из них 420 мужчин, достигших уровня 63 и более лет, и 180 женщин в возрасте 58 и более лет. Изучены отчетно-учетные формы ЛПУ, материалы Государственной службы медико-социальной экспертизы, и Агентства по статистике при Президенте Республики Таджикистан за период 2010-2014гг. Обработка материалов проведена информационно-аналитическим и экспертным методом исследования.

Результаты и их обсуждение. Определение понятия старость относится к числу «вечных проблем» многих стран и

континентов. Ведутся дискуссии вокруг понятия старости, ее первых проявлений, возраста и границы.

Трудности в их определении связаны, прежде всего, с тем, что старение – процесс длительный, плавный, т.к. не существует точной границы, которая отделяла бы старость от среднего возраста [4]. В целом, старение – процесс индивидуальный, у одних людей он начинается раньше, у других – позже.

По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) возраст от 60 до 74 лет рассматривается как пожилой; 75 лет и старше – как старший; возраст 90 лет и старше – относится к долгожителям. Кроме того, условно выделяется возраст 45-60 лет как пост-репродуктивный (климактерический) период, предшествующий пожилому (предстарческому - 60-75 лет) и старческому (75-90 лет) возрастам [7].

Согласно международным критериям, население страны считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и старше превышает 7,0%. По этому показателю население, в частности России, давно можно считать таковым, ибо около 20,0 % ее граждан (т.е. каждый пятый россиянин) относятся к вышеуказанной возрастной категории. В Таджикистане доля людей в возрасте 65 лет и старше составляет более 3,2%.

Выделяется также пенсионный возраст, границы которого устанавливаются государством. В Таджикистане установлен пенсионный возраст для мужчин-63 года и для женщин - 58 лет. При определении пенсионного возраста исходят из возраста хронологического, т.е. количества прожитых лет.

В силу естественного старения организма проявляется ряд хронических заболеваний, растет удельный вес лиц, нуждающихся в постоянном медицинском наблюдении, в помощи кардиологов, невропатологов, геронтологов, гериатров. Так, уровень заболеваемости пожилых людей (60-74 лет) почти в 2 раза выше, чем лиц старческого возраста (75 лет и старше) - в 6 раз выше, чем лиц молодого возраста [6].

Отмечено, что население старших

возрастных групп, страдает множественными тяжелыми хроническими заболеваниями, протекающими на фоне сниженных компенсаторных возможностей. Так, почти 80,0% пенсионеров по старости нуждаются в медико-социальной помощи, более 70,0% имеют 4-5 хронических заболеваний сердечнососудистой, нервной, эндокринной, кроветворной, костно-суставной систем, органов дыхания, пищеварения и др.

К началу 2014 года в структуре населения Таджикистана удельный вес лиц, достигших пенсионного возраста - 63 и более лет (мужчины) и 58 и более лет (женщины) составил 6,0% от общей численности населения или около 50 тысяч человек, значительная часть которых так же страдает хроническими заболеваниями и нуждается в медико-социальной поддержке. При этом следует отметить, что для пожилых людей сохраняется риск необеспеченности качества дальнейшей жизни, вследствие потери заработка или трудового дохода, в том числе, расходуемого на медицинские и, нередко, реабилитационные услуги.

На рисунке 1 отражена структура заболеваемости лиц пожилого возраста в Таджикистане в период 2010-2014 гг. Как видно из рисунка 1, первое место среди соответствующих классов болезней традиционно занимали в 34,2% случаев болезни системы кровообращения. Более чем с 2-кратным отрывом от них на втором месте оказывались болезни органов пищеварения (15,1%), далее следовали с небольшим отрывом по уровню показателей - болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани (13,2%), заболевания эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (11,3%), а также болезни органов дыхания (10,5%). Соответственно доля перечисленных видов патологии в структуре общей заболеваемости среди пожилых людей составила 73,8%.

Основные причины обращаемости в лечебно-профилактические учреждения (ЛПУ) отражены на рисунке 2. Как видно из рис. 2, болезни сердечно-сосудистой системы (37,3%) так же, как и в предыдущем случае,

ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ

превалировали над другими классами болезней, такими, как (в порядке убывания их удельного веса) заболевания органов дыхания (21,7%), костно-мышечной системы и соединительной

ткани (11,5%) и органов пищеварения (8,6 %). Названные виды патологии обуславливают (76,1%) всех случаев первичных посещений пациентов пенсионного возраста в ЛПУ.



Рис. 1. Структура общей заболеваемости лиц пожилого возраста.

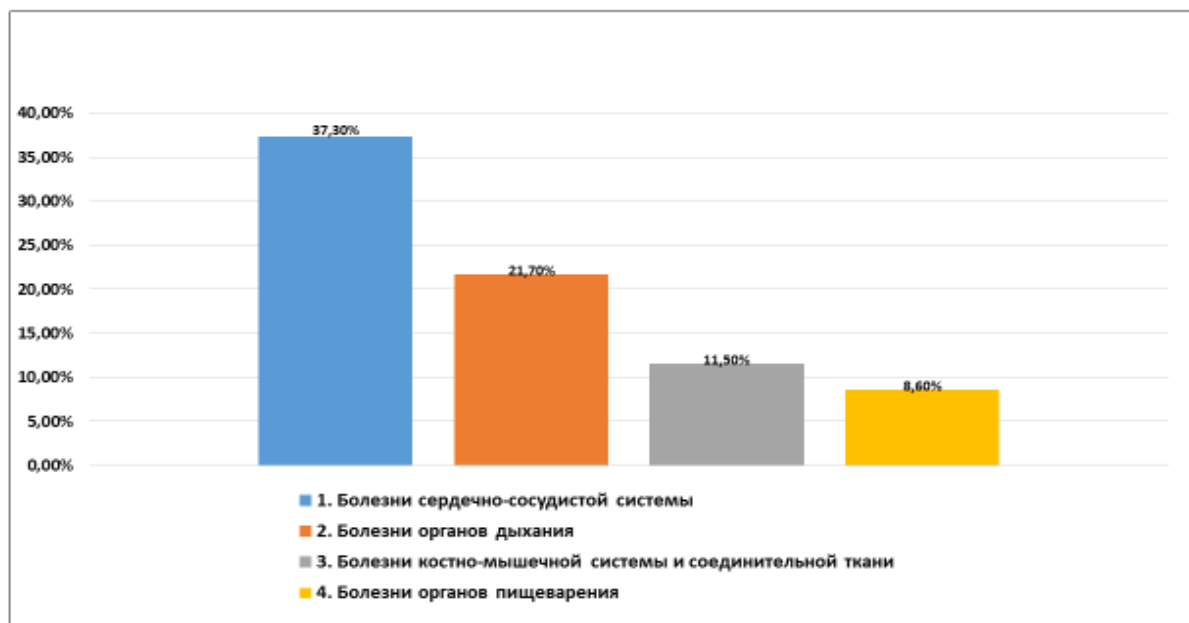


Рис. 2. Основные причины обращаемости лиц пожилого возраста за медицинской помощью в период 2010-2014 гг. (%)

Важное значение для оценки состояния здоровья пенсионеров имеет анализ госпитализированной заболеваемости, проведенный в период 2010-2014 гг. и отраженный на рис.3. Как видно из рис.3, в структуре госпитализированной заболеваемости лидирующее место занимали

болезни системы кровообращения (41,6±3,7%). В 2 с лишним раза было меньше болезней костно-мышечной системы и соединительной ткани (16,5±1,6%), нарушений обмена веществ (12,8±0,5%). Причиной стационарного лечения каждого десятого стационарного больного пожилого

возраста были обращения за помощью вследствие болезней органов пищеварения ($11,3 \pm 0,5\%$). То есть в $79,2 \pm 4,5\%$ случаев

госпитализация в стационары ЛПУ Таджикистана была связана названными выше классами болезней.

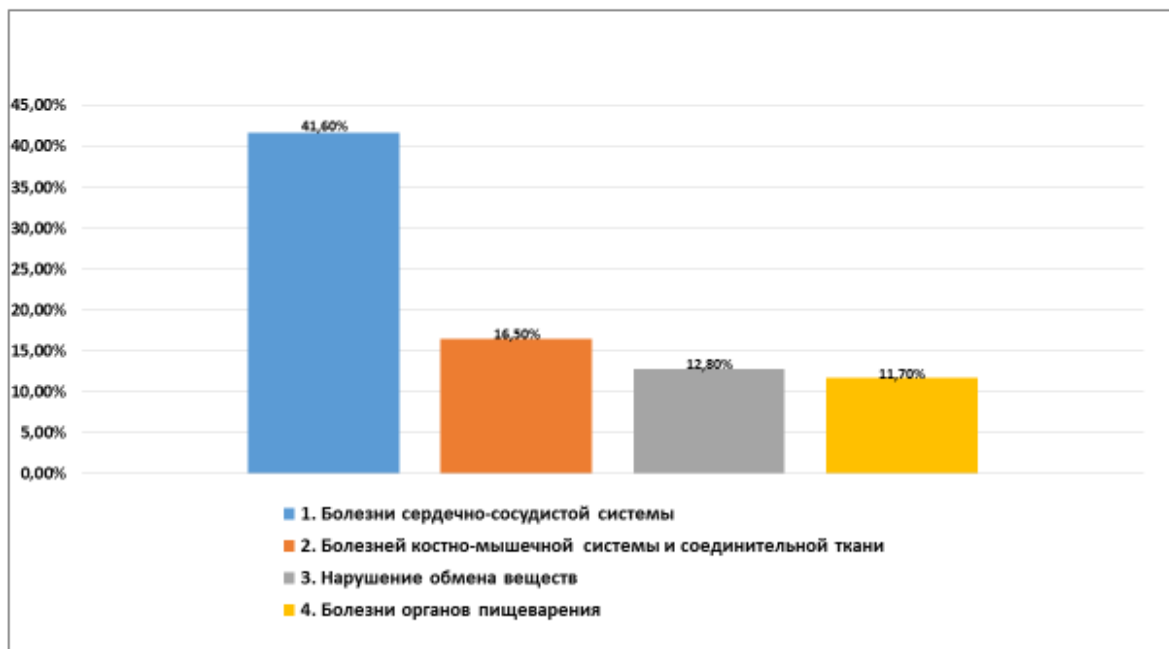


Рис. 3. Госпитализированная заболеваемость лиц пожилого возраста в период 2010-2014 гг. (%)

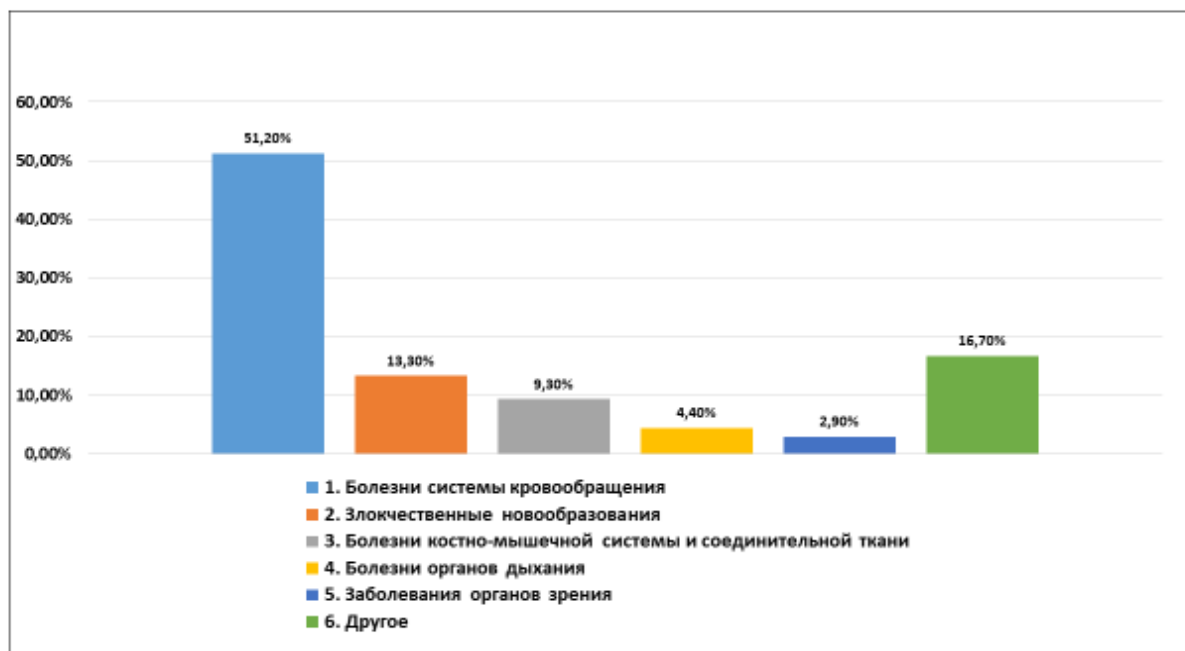


Рис. 4. Причины первичного выхода на инвалидность лиц пожилого возраста в период 2010-2014 гг. (%)

Первичный выход на инвалидность лиц пенсионного возраста в период 2010-2014 гг. коснулся 5527 человек. На рис.4 показаны основные причины инвалидности, статус которой был обусловлен различными классами болезней. Как видно из рис.4, в половине числа случаев причиной

инвалидизации людей пожилого возраста становились болезни системы кровообращения ($51,2 \pm 4,6\%$), за которыми расположились, намного от них отставая, злокачественные новообразования ($13,3 \pm 2,1\%$), болезни костно-мышечной системы и соединительной ткани

(9,3%±0,7%), органов дыхания (4,4±0,2%), глаза и его придаточного аппарата (2,9±0,1%) и другие (16,7±2,2%).

Результаты исследования причин общей смертности пожилых лиц отражены на рис.5. Как видно из рис. 5, основными причинами ее случаев в период 2010-2014 гг. были болезни системы кровообращения (61,6±5,2%), на втором месте находились злокачественные новообразования

(18,3±1,6%), замыкали тройку лидирующих видов патологии болезни крови, кроветворных органов (7,2±0,4%), далее следовали болезни органов дыхания (6,3±0,4%), травмы, отравления и некоторые другие воздействия внешних причин (3,9±0,3%), болезни эндокринной системы, расстройства питания и нарушения обмена веществ (3,1±0,3%) и другие (1,2±0,1%).

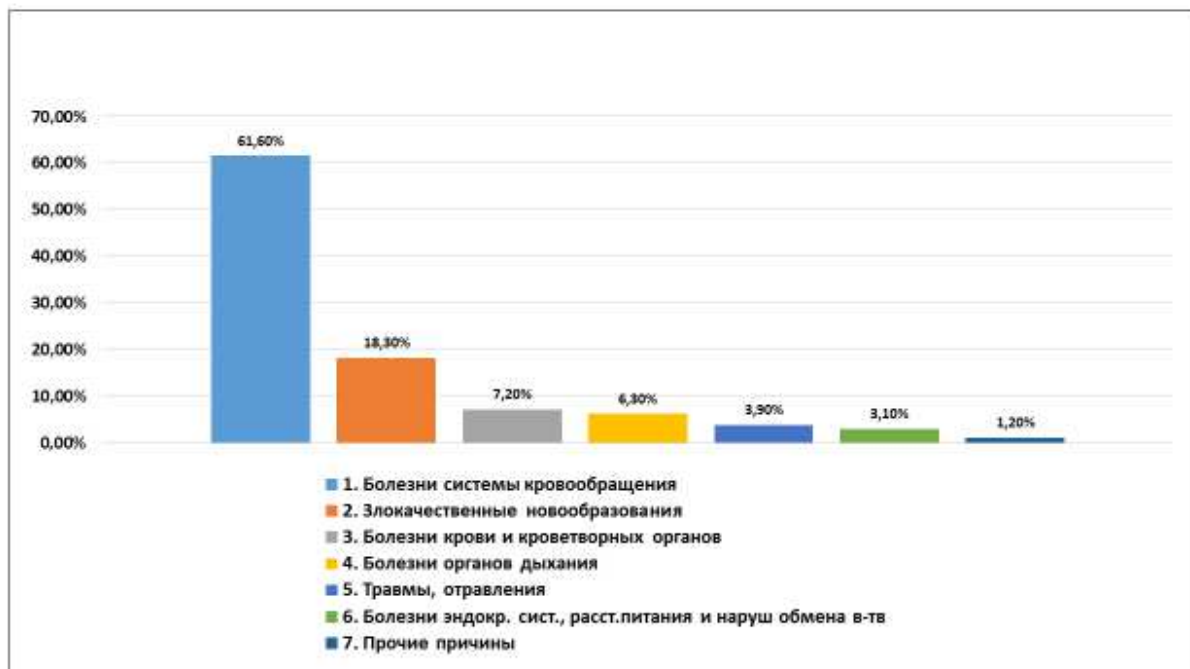


Рис. 5. Причины общей смертности лиц пожилого возраста в период 2010-2014 гг. (%)

Особенностями развития, течения и лечения заболеваний у лиц старших возрастных групп являются: множественность ходов развития патологии, быстрая лекарственная интоксикация, влияние иволютивных процессов на течение заболевания, неспецифическое проявление болезни вследствие наступления старости (возникновением изменений в организме), а не заболевания, быстрое ухудшение состояния здоровья в случае отсутствия обеспечения лечения, высокая частота осложнений, необходимость длительной реабилитации, более частое, чем в предыдущие годы возрастного периода, развитие онкопатологии и синдрома взаимного отягощения (депрессия и соматическая патология) [5, 8].

Старение сопровождается явлением дезадаптации, уменьшением резерва

здоровья и соответственно повышением риска смерти. Анализ научной литературы показывает, что, начиная с 30-35 летнего возраста, каждые последующие 8 лет жизни вероятность смерти удваивается, но после 90 лет эта зависимость снижается. Что же касается риска онкогенеза, то, начиная с той же возрастной группы, интенсивность этого процесса удваивается каждые 11 лет. С 60 лет риск развития дезадаптации и связанного с ним патологического процесса значительно выше по сравнению с более молодым возрастом. При этом удельный вес заболеваний составляет 40,0% - для ИБС, опухолей - 20,0%, ишемической болезни мозга - 10,0%, патологии мочеполовой системы - более 5,0% [2].

Качество жизни пожилых существенно ухудшается при развитии старческой деменции, так, если в возрасте 65-75 лет она

занимает 3,0% в структуре заболеваемости, то в возрасте старше 75 лет и более – 25,0%. К болезням старости также относят возникающие в этот период жизни выраженного атеросклероза, артериальную гипертонию, хроническую пневмонию, эмфизему легких, гепатиты, панкреатиты, остеопороз, эмфизему легких и ряд других патологических состояний [7,9].

Термин «старость» нельзя определить точно, так как в различных обществах этот термин имеет разные значения. Старость делится на несколько более коротких периодов жизни человека таких, как преклонный возраст (65-75 лет для мужчин, 55-75 лет для женщин), старческий возраст – 75-90 лет для мужчин, 75-90 лет для женщин) и возраст долгожительства составляет более 90 лет.

До настоящего времени подавляющее количество людей умирает под влиянием различных патологических процессов задолго до исчерпания генетически заложенных в организме жизненных сил. Доказано, что продолжительность жизни человека как биологического вида должна составлять не менее 90-100 лет. Эксперты ВОЗ считают, что для оценки функциональных возможностей пожилых людей нужна не только оценка деятельности в повседневной жизни, но и оценка умственного и физического состояний, социально-экономических условий и условий окружающей среды.

Таким образом, с увеличением возраста жизни человека потребность в медицинской помощи увеличивается, причем любые услуги социальной защиты, в целом, поддерживают здоровье и жизнь пожилых людей.

Выводы.

1. Образаемость пациентов пожилого возраста в ЛПУ обусловлена, прежде всего, за счет сердечнососудистых заболеваний, болезней органов дыхания, костно-мышечной системы и соединительной ткани, а также желудочно-кишечного тракта.

2. В пожилом возрасте, структура

заболеваемости значительно изменяется за счет уменьшения числа острых заболеваний и увеличения числа болезней, связанных с прогрессированием хронических патологических процессов.

3. Причинная инвалидность лиц пожилого возраста вызвана болезнями сердечнососудистой системы, онкологическими, неврологическими заболеваниями, а также болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани.

4. Смертность лиц пожилого возраста происходит в большинстве случаев вследствие выраженного атеросклероза сосудов, болезней системы кровообращения и осложненных злокачественных новообразований.

Литература.

1. Гаилов А.Г. Социально-гигиенические аспекты демографических процессов и здоровья населения Республики Таджикистан. Дисс. док.мед.наук.-М., 2006.-180 с.
2. Василенко, Н.Ю. Социальная геронтология / Н.Ю.Василенко. - Владивосток: Изд-во ДГУ, 2003. - 140 с.
3. Бахметова Г.Ш. Смертность населения в пожилом возрасте / Г. Ш. Бахметова // Смертность населения: тенденции, методы изучения, прогнозы : сб. статей. – Москва : МАКС Пресс, 2007. – С. 256-271.
4. Ворошилова И.И. Ожидаемая продолжительность жизни и смертность как индикаторы качества жизни пожилых людей / И. И. Ворошилова // Современные наукоемкие технологии. – 2008. – № 6 – С. 38-39.
5. Дыскин А. А. Здоровье и труд в пожилом возрасте / А. А. Дыскин, А. Л Решетов. – Москва, 2003. – 160 с.
6. Медведева, Г.П. Введение в социальную геронтологию / Г.П.Медведева. Академия педагогических и социальных наук; Московский психолого-социальный институт. – М.: Воронеж, 2000 – 95с.
7. Авербух Е.С. Расстройство психической деятельности в позднем возрасте.-Л.:Медицина.1969.-286 с.
8. Максимова Т. М. Состояние здоровья и проблемы медицинского обеспечения пожилого населения / Т. М. Максимова, Н. П. Лушкина // Проблемы социальной гигиены, здравоохранения и истории медицины. – 2011. – № 3. – С. 3-7.
9. Михальский А. И. Количественный анализ и моделирование старения, заболеваемости и смертности / А. П. Михальский, В. Н. Новосельцев // Успехи геронтологии. – 2005. – Вып. 17. – С. 117-129.