

панкреатит (38,9%), гастрит (32,5%), гепатиты (13%), запоры (76%), что может осложнять течение исследуемого заболевания. Примерно у каждого третьего пациента имеется отягощенный семейный анамнез.

Нами начаты исследования элементного состава желчных камней. Результаты ИК-спектрометрии показали, что подавляющая часть исследованных камней являются холестериновыми (81,8%).

Таким образом, выявление особенностей литогенеза приблизит к пониманию патогенетических механизмов ЖКБ, роли эндогенных, экологических и техногенных факторов в формировании микроэлементозных дисбалансов, а также к правильному выбору тактики лечения пациентов с желчнокаменной болезнью во взаимосвязи с регионом проживания и этническими особенностями.

Литература

- Вахрушев Я.М. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактики / Я.М. Вахрушев, Н.А. Хохлачева // Архив внутренней медицины. - 2016. - № 3(29). - С. 30-35.
- Vakhrushev Y.M. Gallstone Disease: Epidemiology, Risk Factors, Clinical Features, Prevention / Y.M. Vakhrushev, N.A. Khokhlaчева // Archives of Internal Medicine. - №3 (29). - 2016, p. 30-35.
- Гребенев А.Л. Пропедевтика внутренних болезней: Учебник / А.Л. Гребенев. - 5-е издание., перераб. и доп. - М.: Медицина, 2001. - 592 с.: ил.
- Grebenev A.L. Propedeutics of Internal Diseases: Textbook - 5th edit., rev. - M.: Medicine, 2001. - 592 p.
- Мараховский Ю.Х. Желчнокаменная болезнь: современное состояние проблемы / Ю.Х. Мараховский // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2003. - Т. 13, № 1. - С. 81-92.
- Marakhovsky Y.H. Gallstone Disease: Current State of the Problem / Y.H. Marakhovsky // Russian Journal of Gastroenterology, Hepatology, and Coloproctology. - 2003. - Vol. 13, №1. - pp. 81-92]
- Селезнева Э.Я. Желчнокаменная болезнь, сочетающаяся с язвенной болезнью двенадцатиперстной кишки (обзор литературы) / Э.Я. Селезнева, А.А. Ильченко // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2008 - №5. - С. 48-55.
- Selezneva E.Y. Gallstone Disease Combined with Duodenal Ulcer (Literature Review) / E.Y. Selezneva, A.A. Ilchenko // Experimental and Clinical Gastroenterology. - M., 2008. - №5. - p. 48-55.
- Семенов Д.Ю. Факторы риска развития желчнокаменной болезни у женщин репродуктивного возраста / Д.Ю. Семенов, Е.Н. Смолина, А.Н. Айламазян // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И.П. Павлова. - Т. XX, N 3.- 2013.- С. 41- 44.
- Semenov D. Y. Risk Factors for the Development of Cholelithiasis in Women of Reproductive Age / D. Y. Semenov, E. N. Smolina, A. N. Aylamazyan // Scientific Notes from Pavlov First State Medical University of St. Petersburg, Vol. XX. - №3. - 2013. - p. 41-44.
- Современные представления об этиопатогенезе желчнокаменной болезни / И.П. Парфенов, М.А. Зорбасов, А.Л. Ярош [и др.] // Научные ведомости Белгородского государственного университета. - 2011.- № 16 (111).- Вып. 15. - С.27 - 31.
- Parfenov I.P. Modern Ideas about the Etiopathogenesis of Gallstone Disease / I.P. Parfenov, M.A. Zorbasov, A.L. Yarosh [et al.] // Scientific Gazette of Belgorodsky State University. - 2011. - №16 (111). - Issue 15. - pp. 27 -31.
- Трухан Д.И. Гастроэнтерология: Учеб. пособие для студентов медицинских вузов / Д.И. Трухан. - Спб.: СпецЛит, 2012.
- Trukhan D.I. Gastroenterology: textbook for medical students / D.I. Trukhan. - "SpecLit", 2012.
- Тяптыргянова Т.М. Желчнокаменная болезнь как причина острого билиарного панкреатита / Т.М. Тяптыргянова, А.В. Тобохов, А.Д. Захаров, З.А. Яковлева // Якутский медицинский журнал. - 2018. - №2(62). - С. 82-84.
- Tyaptirgyanova T.M. Gallstone Disease as a Cause of Acute Biliary Pancreatitis / T.M. Tyaptirgyanova, A.V. Tobokhov, A.D. Zakharov, Z.A. Yakovleva // Yakut Medical Journal. - Yakutsk, 2018. - №2 (62). - p. 82-84.
- Фактическое питание коренных малочисленных народов Севера (на примере эвенков Оленекского района Республики Саха (Якутия)) / В.Г. Кривошапкин, А.И. Сивцева, Е.Н. Сивцева [и др.] // Якутский медицинский журнал. - 2015. - №3(51). - С. 58-61.
- Krivoshapkin V.G. Factual Nutrition of the Indigenous Peoples of the North (on the example of the Evenks of the Olenek region of the Sakha Republic) / V.G. Krivoshapkin, A.I. Sivtseva, E.N. Sivtseva // Yakut Medical Journal. - Yakutsk, 2015. - №3 (51). - p. 58-61.
- Циммерман Я.С. Клиническая гастроэнтерология: избранные разделы / Я.С. Циммерман. - М.: ГЕОТАР-Медиа, 2009. - 416 с.: ил.
- Zimmerman Y.S. Clinical Gastroenterology: selected sections / Y.S. Zimmerman. - M.: GEOTAR-Media, 2009. - 416 p.
- Якубчик Т.Н. Клиническая гастроэнтерология: пособие для студентов лечебного, педиатрического, медико-психологического факультетов, врачей-интернов, клинических ординаторов, врачей гастроэнтерологов и терапевтов / Т.Н. Якубчик. - 3-е изд., доп. и перераб. - Гродно: ГрГМУ, 2014. - 324 с.
- Yakubchik T.N. Clinical Gastroenterology: Textbook for Medical Students, Interns, Clinical Residents, Gastroenterologists, and Physicians / T.N. Yakubchik. 3rd ed. - Grodno: Grodno State Medical University, 2014-324 p.
- A Comparative Study of Gallstones from Children and Adults using FTIR spectroscopy and Fluorescence Microscopy / O.I. Kleiner, J. Ramesh, M. Huleihel, B. Cohen [et al.]. - BMC Gastroenterol, 2002 (2). - p. 1-14.
- Sherlock's Diseases of the Liver and Biliary System / Edited by James S. Dooley, Anna S.F. Lok, Guadalupe Garcia-Tsao, Massimo Pinzani. - 2018. - p. 260-264.
- Sleisenger and Fordtran's Gastrointestinal and Liver Disease: Pathophysiology/Diagnosis/Management / [Edited by] Mark Feldman, Lawrence S. Friedman, Lawrence J. Brandt. - Tenth edition. p.; cm. 2016. - p. 1100-1104.

**З.Н. Алексеева, Н.С. Архипова, О.В. Татарина,
С.С. Слепцов, С.Д. Ефремова**

ГЕНДЕРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ПРОЯВЛЕНИЯ СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИИ, ЭМОЦИОНАЛЬНОГО СОСТОЯНИЯ И КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ДОЛГОЖИТЕЛЕЙ Г. ЯКУТСКА

В статье проведен анализ выраженности старческой астении, тревоги и депрессии, параметров качества жизни в зависимости от пола и оценено влияние астении и тревожно-депрессивных состояний на качество жизни долгожителей г. Якутска. По результатам исследования в зависимости от пола были отмечены значимые различия по показателям тревоги, депрессии и шкалам качества жизни: «интенсивность боли», «социальное функционирование», «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», также по общему показателю физического здоровья. Показатели старческой астении коррелировали с уровнем тревоги, депрессии и с низкими показателями по всем шкалам качества жизни.

Ключевые слова: старческая астения, тревога, депрессия, качество жизни, долгожители, пол.

DOI 10.25789/YMJ.2019.67.23

УДК 616-053.9

ЯНЦ КМП: **АЛЕКСЕЕВА Зинаида Николаевна** – м.н.с., клинический психолог, gzinaida@mail.ru, **ТАТАРИНОВА Ольга Викторовна** – д.м.н., с.н.с., гл. врач РБ № 3, tov3568@mail.ru, **СЛЕПЦОВ Спиридон Спиридонович** – к.б.н., с.н.с., sachaja@yandex.ru, **ЕФРЕМОВА Светлана Дмитриевна** – м.н.с.; **АРХИПОВА Наталья Спартаковна** – к.м.н., врач кардиолог РБ №1 – Национальный центр медицины, nati8692@mail.ru.

The article analyzes the severity of frailty, anxiety and depression, parameters of quality of life depending on gender and evaluates the effect of asthenia and anxiety-depressive states on the quality of life of long-livers in Yakutsk. According to the study, depending on gender, significant differences were noted in terms of anxiety, depression and the scales of quality of life: "bodily pain", "social functioning", "role emotional" and general indicator of physical health. Indicators of frailty correlated with the level of anxiety, depression, and low rates across all scales of quality of life.

Keywords: frailty, anxiety, depression, quality of life, long-livers, gender.

Введение. Экспертами ВОЗ отмечена проблема «постарения» населения и она касается того, что растет число не только пожилого населения, но и число людей, живущих 90 лет и более. Их доля растет стремительнее, чем процент людей 60 лет и старше. Так, за последние 25 лет индекс долгожительства в целом по России вырос в 1,7 раза (с 9,0 до 15,4%) [8]. Эта категория людей является наиболее уязвимой.

Общеизвестно, что с возрастом увеличивается частота проявления синдрома старческой астении (ССА), основными клиническими проявлениями которой являются снижение силы, выносливости и физиологического функционирования, повышается риск наступления зависимости и смерти. По данным некоторых исследователей, распространенность ССА среди лиц от 80 до 84 лет достигает 16%, в возрасте более 85 лет - 26% [4, 12].

Некоторые авторы отмечают, что основными факторами, определяющими качество жизни в позднем возрасте, являются соматические уязвимости, аффективные расстройства и личностные особенности [17].

Поэтому очевидно, что вопросы, связанные с сохранением качества жизни долгожителей, в будущем станут еще актуальнее.

Цель исследования - изучение гендерных различий в показателях синдрома старческой астении, эмоционального состояния и качества жизни долгожителей г. Якутска.

Материалы и методы исследования. В период с февраля по март 2019 г. на базе ГБУ РС (Я) «Республиканская больница № 3», а также в ходе посещений на дому нами было проведено социально-психологическое и медицинское обследование 82 чел. в возрасте от 89 до 100 лет, из которых психодиагностическое обследование смогли пройти 70 чел. (92±2,21). Критерием исключения из исследования было наличие тяжелой деменции, а также полная глухота и слепота, препятствующие заполнению анкет. Гендерное распределение было одинаковым - 35 женщин (92±2,48) и 35 мужчин (92±1,92). По этническому составу выборка была представлена преимущественно коренными жителями – якуты (75,7%) и малочисленные народы

Севера (2,8%), русских было 21,5%.

Для выявления ССА был использован скрининговый опросник «Возраст не помеха», который включает в себя 7 вопросов с двумя вариантами ответов (да или нет) [2]. При наличии 3 и более утвердительных ответов диагностировали ССА, 1-2 балла оценивали как преастения. При отрицательных ответах на все вопросы ССА не устанавливали. Также были использованы: госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS) и анкета оценки качества жизни (SF-36).

Статистическая обработка результатов исследования проводилась с помощью программного пакета «IBM SPSS Statistics 23» с вычислением коэффициента корреляции Спирмена и значимости различий для независимых выборок – критерий Манна-Уитни. Достоверность статистической значимости различий принимали при значении $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. По результатам скрининговой методики «Возраст не помеха» старческая астения была диагностирована у 64,3%, преастения у 35,7% обследованных. Отсутствие астении не было выявлено. В полном объеме утвердительных и отрицательных ответов не было зафиксировано. Максимальное количество утвердительных ответов было равно 6 и отмечено у 4,3% испытуемых.

Среднее значение по показателю ССА в целом для выборки составило $2,96 \pm 1,12$ ($M \pm m$), что соответствует границе показателя между преастенией и астенией. Показатели ССА коррелировали с уровнем тревоги ($p = 0,000$), депрессии ($p = 0,000$) и с низкими показателями по всем шкалам качества жизни ($p \leq 0,01$).

По гендерному распределению показатель ССА был немного выше среди женщин ($3,09 \pm 1,01$), но не достигал уровня статистической значимости (рис. 1). В проведенных ранее исследованиях так же отмечается, что распространенность ССА среди женщин выше, чем среди мужчин, что незначимо, но прослеживается и в нашем исследовании [16].

В литературных данных освещено, что в зависимости от метода определения среди лиц старше 65 лет распространенность старческой астении составляет от 4,0 до 59,1% [7], а среди

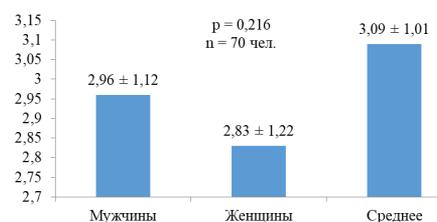


Рис. 1. Результаты скрининг - методики «Возраст не помеха»

лиц старше 90 лет достигает 32-45% [16]. Полученные нами данные выше представленных и близки к результатам исследования, проведенного Соселия Н.Н. среди лиц старческого возраста и долгожителей с острым коронарным синдромом, в которых зафиксирована высокая распространенность ССА - 66,1% [1]. Необходимо отметить, что в указанном исследовании также использовался скрининговый опросник «Возраст не помеха». Также, к слову, наличие у пациента ССЗ сопровождается трехкратным увеличением частоты развития старческой астении [10]. Таким образом, возможно, полученные нами высокие данные могут быть связаны с большей чувствительностью использованного нами опросника, либо с выраженностью хронических заболеваний и их полиморбидностью.

Анализ по пунктам опросника показал, что подавляющее большинство вне зависимости от пола отмечает снижение слуха и зрения - 85,7% мужчин и 82,8% женщин (табл. 1). Женщины чаще жаловались на эмоциональную подавленность, встревоженность, на случаи падения и травматизации и трудности перемещения по дому и на улице. Мужчины чаще утвердительно отвечали на вопрос о снижении памяти и ориентировки на местности. Представители обоих полов редко жаловались на снижение веса и недержание мочи.

Отдельно хотелось бы остановиться на последних двух пунктах с наиболее низкими показателями – это потеря веса и недержание мочи. Распространенность первичной саркопении (синдром, характеризующийся прогрессирующей и генерализованной утратой мышечной массы и силы) среди лиц старше 80 лет достигает 50% [4]. Наши результаты намного ниже указанных, тем не менее нужно от-

Таблица 1

Распределение утвердительных ответов по опроснику «Возраст не помеха», %

Вопрос	Мужчины	Женщины
Похудели ли Вы на 5 кг и более за последние 6 месяцев?	5,7	8,6
Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения зрения или слуха?	85,7	82,8
Были ли у Вас в течение последнего года травмы, связанные с падением?	25,7	37,1
Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель?	34,3	51,4
Есть ли у Вас проблемы с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать?	62,8	54,3
Страдаете ли Вы недержанием мочи?	22,8	22,8
Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице?	48,6	68,6

метить, что индекс массы тела среди всех обследованных был в пределах нормы, но также многие респонденты не обладали объективными данными о своем весе, что могло внести определенные погрешности в оценку. В ранних исследованиях указано, что распространенность симптомов недержания мочи у российских женщин после 65 лет достигает 41,4%, а среди мужчин - от 15 до 50% в зависимости от условий проживания [13]. В исследованиях же S.Maggi среди лиц старше 80 лет недержание мочи было выявлено у 22,9% мужчин и 29,3% женщин [15], что соотносится с полученными нами данными. Помимо этого в литературных данных часто указывается, что пожаловаться на симптомы, связанные с нарушением функции мочеполювых путей, и в особенности на недержание мочи не всегда легко для пациентов из-за смущения, что также может оказывать влияние на достоверность.

По результатам госпитальной шкалы оценки тревоги и депрессии (HADS) результаты более чем половины испытуемых находились в пределах нормы по показателям как тревоги, так и депрессии (рис. 2). Клинически выраженная тревога была диагностирована у 5,8%, а депрессия у 2,9% испытуемых. Субклинически выраженная тревога и депрессия были отмечены у 42,8 и 35,7% испытуемых соответственно.

Было отмечено, что показатели и тревоги, и депрессии достоверно выше среди лиц женского пола (табл. 2). Также была отмечена положительная корреляционная связь тревоги и депрессии ($p=0,000$).

Согласно литературным данным, симптомы тревоги и депрессии наблюдаются у 25-30% лиц старше 65

лет, причем на фоне сопутствующих соматических заболеваний эта цифра достигает 50% [5]. Так, в проведенном исследовании было выявлено, что 10-14% стационарных больных и жителей домов престарелых имеют большую депрессию, еще большее количество имеют отдельные компоненты депрессивных расстройств [3]. По результатам нашего исследования, показатель клинически выраженной депрессии был ниже, что скорее всего обусловлено тем, что практически все наши испытуемые проживали вместе со своими родными, что является облагораживающим фактором в отношении депрессии. Также необходимо отметить, что авторами исследования [9] было обнаружено значительно низкое распространение депрессии среди лиц старше 90 лет. В отношении гендерного распределения депрессии было выявлено, что в старческом возрасте (75-90 лет) разница в частоте депрессий у мужчин и женщин сокращается, а в сверхпозднем возрасте (после 90 лет) практически исчезает. В нашем исследовании эти данные не подтвер-

дились, так как нами были получены значимые различия между мужчинами и женщинами по оценкам тревоги и депрессии.

Также нами был проведен анализ выраженности тревоги и депрессии в зависимости от наличия преаестии и СА, который показал наличие значимых различий между группами испытуемых, и показатели закономерно преобладали в группе с СА ($p=0,001$ для обоих показателей).

По результатам оценки качества жизни, средние значения показателей по шкалам колебались от 33,50 до 80,47. Наиболее низкие значения были отмечены по общему показателю физического компонента здоровья и по шкале «физическое функционирование» (табл. 3). Значения этих шкал коррелировали с возрастом ($p=0,001$), что свидетельствует о том, что на данном возрастном этапе каждый год жизни негативно отражается на физическом самочувствии. Следующими более низкими являются значения по шкалам «интенсивность боли» и «общее состояние здоровья». Наиболее высокие показатели диагностированы по шкалам ролевого функционирования, обусловленные физическим и эмоциональным состоянием, что свидетельствует о том, что повседневная деятельность долгожителей не ограничена физическим или эмоциональным состоянием. При этом показатели психического компонента здоровья снижены в меньшей степени, чем физического.

В зависимости от пола были получены достоверно низкие среди женщин значения по шкалам «интенсивность боли» ($p=0,002$), «социальное функционирование» ($p=0,015$), «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» ($p=0,037$) и по общему показателю физического здоровья ($p=0,015$).

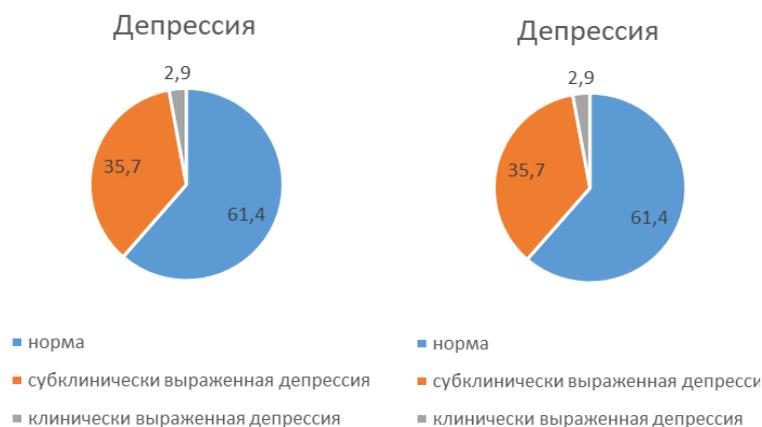


Рис. 2. Распределение тревоги и депрессии среди респондентов, %, n=70

Таблица 2

Результаты по методике оценки тревоги и депрессии (HADS) (M±m)

	Все	Мужчины	Женщины	Значимость
Тревога	6,91 ± 2,23	5,74 ± 1,75	8,09 ± 2,04	p=0,000
Депрессия	6,54 ± 2,47	5,83 ± 2,14	7,26 ± 2,60	p=0,020

Таблица 3

Результаты методики оценки качества жизни (SF-36) (M±m)

	Все	Мужчины	Женщины	Значимость
Физический компонент здоровья	33,57 ± 6,87	35,57 ± 7,36	31,56 ± 5,77	p= 0,015
Физическое функционирование (PF)	33,50 ± 17,96	37 ± 17,49	30 ± 17,98	p= 0,163
Рольное функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	78,57 ± 24,55	84,29 ± 21,07	72,86 ± 26,68	p= 0,064
Интенсивность боли (BP)	45,89 ± 17,14	52,14 ± 19,82	39,63 ± 11,07	p= 0,002
Общее состояние здоровья (GH)	46,84 ± 12,79	49,17 ± 13,22	44,51 ± 12,09	p= 0,20
Психологический компонент здоровья	52,51 ± 6,91	53,47 ± 6,60	51,54 ± 7,16	p= 0,30
Жизненная активность (VT)	50 ± 11,97	51,43 ± 12,40	48,57 ± 11,54	p= 0,28
Социальное функционирование (SF)	69,28 ± 21,14	76,07 ± 22,14	62,50 ± 17,93	p= 0,015
Рольное функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	80,47 ± 23,74	85,71 ± 21,82	75,23 ± 24,72	p= 0,037
Психическое здоровье (MH)	70,91 ± 12,10	71,43 ± 10,93	70,40 ± 13,30	p= 0,57

Необходимо отметить, что ухудшение физического функционирования считается одной из ключевых характеристик ухудшения качества жизни, и даже незначительные негативные изменения функционального статуса связываются с ростом смертности, увеличением потребности в дополнительном уходе и ростом расходов, связанных со здоровьем. Тем не менее полученные нами низкие показатели являются нормальными для данной возрастной категории. Так, в исследовании, проведенном в Белоруссии, среднее значение среди долгожителей по шкале «физическое функционирование» было равно 32,1, а по физическому компоненту здоровья – 33,1, что соотносится с нашими данными. Ориентируясь на многоцентровое исследование качества жизни «МИРАЖ» [11] среди лиц старше 75 лет, можно отметить, что в основном показатели по шкалам находятся в пределах средних значений популяции, за исключением показателей ролевого функционирования, обусловленных физиче-

ским и эмоциональным состоянием. В другом исследовании, проведенном в Якутске среди пожилых лиц, также были отмечены высокие значения по шкалам социального функционирования и психического здоровья [6]. В отношении гендерных различий многими авторами отмечено, что параметры качества жизни выше среди мужчин долгожителей, чем женщин [18]. В целом полученные нами данные согласуются с данными сравнительных исследований качества жизни у мужчин и женщин.

Оценка нами качества жизни в зависимости от степеней астении показала значимые различия по всем шкалам качества жизни, кроме ролевого функционирования, обусловленного физическим состоянием. В принципе, закономерно было ожидать снижения повседневной активности вследствие СА, что не проявилось в нашем исследовании и требует дальнейшего рассмотрения с учетом выраженности когнитивного дефицита, в связи с чем могут отмечаться субъективно

завышенные оценки собственной активности, хотя это должно бы было отразиться и на других показателях. В целом в ходе обследования была отмечена достаточная независимость респондентов в быту, большинство обслуживали себя самостоятельно и проявляли достаточную физическую активность. Многие занимались ежедневно зарядкой, скандинавской ходьбой, к примеру, одна респондентка отметила, что ежедневно выполняет комплекс упражнений, состоящий из ста различных вариантов.

Также нами было оценено влияние тревоги и депрессии на качество жизни, для чего испытуемые были разделены на 2 группы, где первая группа – это лица с показателями тревоги и депрессии в пределах нормы, вторая – это респонденты с субклинически и клинически выраженной тревогой и депрессией. Результаты статистической обработки показали значимые различия в группе лиц с тревожно-депрессивными состояниями по всем шкалам психологического здоровья и по некоторым шкалам физического здоровья. Связь данных показателей с психологическими компонентами здоровья понятна, поэтому акцентируем внимание на физических показателях. Так, наличие тревоги было связано с болевым синдромом (p=0,038) и со снижением общего состояния здоровья (p=0,024). Наличие депрессии также было связано с худшей оценкой общего состояния здоровья (p=0,002).

Выводы:

1. Проявления синдрома старческой астении были диагностированы у 64,3% испытуемых. Показатели ССА коррелировали с уровнем тревоги, депрессии и с низкими показателями по всем шкалам качества жизни.

2. Показатели тревоги и депрессии были значимо выше среди лиц женского пола. Значения положительно коррелировали друг с другом, отражая характер коморбидности. Высокие показатели тревоги и депрессии были связаны с низкими показателями качества жизни.

3. В целом показатели качества жизни среди долгожителей соответствовали среднестатистическим значениям, кроме значений по шкалам «ролевое функционирование, связанное с физическим и эмоциональным состоянием» и «социальное функционирование», что свидетельствует о достаточной независимости в быту и сохранной повседневной активности долгожителей.

4. Такие шкалы качества жизни, как «физический компонент», «интенсив-

ность боли», «социальное функционирование» и «ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием», были значимо ниже среди женщин.

Литература

1. Ассоциации синдрома старческой астении с маркерами повреждения почек и миокарда у пациентов с острым коронарным синдромом / Н.Н. Соселия, Н.Х. Багманова, С.В. Виллевалде [и др.] // Трудный пациент. – 2018. – №3. – С. 53-55.
Association of the senile asthenia syndrome with markers of kidney and myocardium damage in patients with acute coronary syndrome/ N.N. Soseliya, N. Kh. Bagmanova, S.V. Villevalde [et al.] // Difficult patient. – 2018. – №3. – P. 53-55.
2. Валидация опросника для скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике / О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, В.С. Остапенко [и др.] // Успехи геронтологии. – 2017. – №2. – С. 236-242.
Validation of the questionnaire for screening frailty / O.N. Tkacheva, N.K. Runikhina, V.S. Ostapenko [et al.] // Adv. geront. – 2017. – №2. – P. 236-242.
3. Воробьев П.А., Депрессия в пожилом возрасте / П.А. Воробьев, А.В. Власова // Клиническая геронтология. – 2007. – №3. – С.22-28.
Vorobiev P.A. Depression in old age / P.A. Vorobiev, A.V. Vlasova // Clinical gerontology. – 2007. – №3. – P. 22-28.
4. Выявление и особенности введения пациентов с синдромом старческой астении: методич. пособие для врачей первич. звена здравоохранения / Л.И. Кононова, А.С. Миронова, Е.П. Ключникова [и др.] – Красноярск, 2017. – 50 с.
Identification and features of the introduction of patients with senile asthenia syndrome: Methodical manual for primary care physicians / L.I. Kononova, A.S. Mironova, E.P. Klyuchnikova [et al.]. – Krasnoyarsk, 2017-50 p.
5. Захарченко Д.В. Клинико-динамическая характеристика рекуррентного депрессивного расстройства в позднем возрасте: автореф. дисс.... канд. мед. наук / Д.В. Захарченко. – СПб., 2015.
Zakharchenko D.V. Clinical and dynamic characteristics of recurrent depressive disorder in late age: abstract dis. ... Phd / D.V. Zakharchenko. – Saint-Petersburg, 2015.
6. Качество жизни жителей г. Якутска в возрасте 60 лет и старше / А.И. Ефремова, Ю.П. Никитин, Г.И. Симонова [и др.] // Вестник СВФУ. – 2011. – Т.8, – №3. – С.32-35
Quality of life of Yakutsk citizens at the age of 60 and older / A. I. Efremova, Yu. P. Nikitin, G. I. Simonova [et al.] // Bulletin NEFU. – 2011. – V.8 – №3. – P.32-35.
7. Киселева Г.В. Распространенность гериатрических синдромов у пациентов врача общей практики / Г.В. Киселева, К.А. Рафальская // Российский семейный врач. – 2017. – №21(4). – С. 21-28. DOI: 10.17816/RFD2017421-28
Kiseleva G.V. The prevalence of geriatric syndromes in general practice / G.V. Kiseleva, K.A. Rafalskaya // Russian Family Doctor. – 2017. – 21(4) - P.21-28.
8. Короленко А.В. Региональные особенности и предпосылки долголетия в России / А.В. Короленко // Социальное пространство. – 2016. – №4(06). – С 1-18.
Korolenko A.V. Regional features and preconditions of longevity in Russia / A.V. Korolenko // Social space. – 2016. – 4(06). – P. 1-18.
9. Краснов В.Н. Психиатрические расстройства в общей медицинской практике / В.Н. Краснов // ПМЖ. – 2001. – Т.9, – №25. – С. 1187-1191.
Krasnov V.N. Psychiatric disorders in medical practice / V.N. Krasnov // RMJ. – 2001. – V.9. – №25. – P. 1187-1191.
10. Лечение артериальной гипертонии у пациентов 80 лет и старше и пациентов со старческой астенией / О.Н. Ткачева, Н.К. Рунихина, Ю.В. Котовская [и др.] // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. – 2017. – Т.16, №1. – С. 8-21 <http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-8-21>
Arterial hypertension management in patients aged older than 80 years and patients with the senile asthenia / O.N. Tkacheva, N.K. Runikhina, Yu.V. Kotovskaya [et al.] // Cardiovascular Therapy and Prevention. – 2017. – 16(1). – P. 8-21 <http://dx.doi.org/10.15829/1728-8800-2017-1-8-21>
11. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36 (результаты многоцентрового исследования качества жизни «Мираж») / В.Н. Амирджанова, Д.В., Горячев, Н.И. Коршунов [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2008. – №1. – С. 36-48.
SF-36 questionnaire population quality of life indices / V.N. Amirdjanova, D.V. Goryachev, N. I. Korshunov // Scientific and practical rheumatology. – 2008. – №1. – P. 36-48.
12. Турушева А.В. Эволюция теории старческой астении / А.В. Турушева, Е.В. Фролова, Ж.М. Дегриз // Вестник Северо-Западного гос. медицин. ун-та им. И.И. Мечникова. – 2017. – Т.9, №1. – С. 117-124.
Turusheva A.V. Evolution of the frailty concept / A.V. Turusheva, E.V. Frolova, J.M. Degryse // Herald of the Northwestern State Medical University named after I.I. Mechnikov. – 2017. – V. 9. – №1. – P. 117-124.
13. Чукаева И.И. Возраст-ассоциированные состояния (гериатрические синдромы) в практике врача-терапевта поликлиники / И.И. Чукаева, В.Н. Ларина // Лечебное дело. – 2017. – №1. – С. 6-15.
Chukaeva I.I. Geriatric syndrome in a primary care setting / I.I. Chukaeva, V.N. Larina // Journal of General Medicine. – 2017. – №1. – P. 6-15.
14. Initial Manifestations of Frailty Criteria and the Development of Frailty Phenotype in the Women's Health and Aging Study / K. Bandeen-Roche, R. Varadhan, J. Zhou [et al.] // The Journals of Gerontology: Series A. – 2008. – 63(9). – P. 984-990.
15. Prevalence rate of urinary incontinence in community-dwelling elderly individuals: the Veneto study / S. Maggi, N. Minicuci, J. Langlois [et al.] // J Gerontol A Biol Sci Med Sci. – 2001. – 56(1). – P. 14-18.
16. Prevalence of frailty in community-dwelling older persons: a systematic review / R.M. Collard, H. Boter, R.A. Schoevers [et al.] // J Am Geriatr Soc. – 2012. – 60(8). – P.1487-92.
17. Quality of life in old age: International and Multi-Disciplinary Perspectives / Ed. H. Mollenkopf, A. Walker // Dordrecht: Springer. – 2007. – 259 p.
18. Shaw C. Functional abilities and continence: the use of proxy respondents in research involving older people / C. Shaw, E. McColl, S. Bond // Qual Life Res. — 2000. – 9(10). — P. 1117-1126.

АРКТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

Е.В. Воронцова, А.Л. Воронцов

СОСТОЯНИЕ ОКРУЖАЮЩЕЙ СРЕДЫ И ЗДОРОВЬЕ ЧЕЛОВЕКА В АРКТИЧЕСКОЙ ЗОНЕ: МЕДИЦИНСКИЙ И СОЦИАЛЬНО-ПРАВОВОЙ АСПЕКТ

DOI 10.25789/YMJ.2019.67.24

УДК 613.1:614.7:342.7:349.6

Представлен медико-биологический и правовой анализ проблем окружающей среды в Арктической зоне Российской Федерации и их влияния на состояние здоровья населения данного региона. Были определены основные факторы негативного воздействия окружающей среды Арктической зоны на здоровье человека. Сделаны выводы об имманентном характере экологических рисков, а соответственно и рисков для здоровья населения при интенсивном индустриальном освоении Арктической зоны. Для предотвращения и минимизации рисков нарушения здоровья человека в Арктической зоне и охраны окружающей среды необходимо внести изменения в ряд законодательных актов Российской Федерации, а также принять комплексный Федеральный закон «Об Арктической зоне Российской Федерации», в основу которого должна быть положена единая концепция правового регулирования, учитывающая природно-климатическую, экологическую и медико-биологическую специфику Арктики.

Ключевые слова: Арктика, Арктическая зона Российской Федерации, Арктический

Юго-Западный государственный университет, г. Курск: **ВОРОНЦОВА Елена Владимировна** – к.ю.н., доцент, prosku@yngae@mail.ru, **ВОРОНЦОВ Андрей Леонидович** – к.и.н., доцент, vorontsov.a.l@mail.ru.