

МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПРИНЦИПЫ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКОЙ РАБОТЫ С ПАЦИЕНТАМИ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

Г.Н. Совенко¹, В.В. Фесенко¹
О.А. Борисов², О.А. Болховитина¹
К.В. Перельгин³, Д.С. Медведев³
Г.И. Гурко³, Н.М. Куницына¹

¹Белгородский
государственный
университет

г. Ветрино, Республика Беларусь

²Ветринская районная
больница

³Санкт-Петербургский
Институт биорегуляции
и геронтологии
СЗО РАМН

e-mail: kolginova@mail.ru

Хроническая терапевтическая патология является превалирующей в пожилом возрасте и является одной из ведущих причин инвалидизации и снижения качества жизни. В связи с этим особое значение приобретает создание комплексных реабилитационно-профилактических программ и оценка их эффективности. Собственный опыт представлен в настоящей статье.

Ключевые слова: пожилые, реабилитация, профилактика.

Введение. Вопрос обеспечения высокого качества жизни (КЖ) является одной из важнейшей задач современной медицины, которая находится на одной планке с предотвращением преждевременной смертности и инвалидности [3, 4].

Чрезвычайную значимость эта проблема приобретает в пожилом возрасте, что связано с психологическими особенностями пожилого человека, наличием у него полиморбидности и синдрома взаимного отягощения, возрастным снижением фона физической работоспособности [5].

Современное состояние здравоохранения в Российской Федерации ориентировано на оптимизацию помощи, извлечение максимума медицинского, социального и экономического эффектов из существующих реальных ресурсов лечебных учреждений [2].

Несомненно, прогрессивной формой работы амбулаторно-поликлинических учреждений в этой связи являются ресурсосберегающие технологии, к которым относятся дневной стационар и стационар на дому. В пожилом возрасте ведение пациентов в таких условиях позволяет использовать широкий спектр немедикаментозных и лекарственных методов, использовать фактор неразрывности медицинской помощи, а также бытовых и социальных условий пребывания пациента в медицинском учреждении. Все это способствует обеспечению высокого КЖ пожилого пациента [2].

В пожилом возрасте наиболее распространенными являются хронические терапевтические заболевания. Как правило, мероприятия первичной профилактики в этом возрасте уже неактуальны. В то же время мероприятия вторичной и третичной профилактики и реализуемые в их рамках реабилитационные программы могут существенно улучшить КЖ пожилых людей [1].

Цель работы – научное обоснование и разработка эффективных принципов реабилитационно-профилактической работы с пациентами пожилого возраста, страдающих хронической терапевтической патологией.

Материал и методы. Изучено 629 случаев оказания реабилитационно-профилактической помощи пожилым пациентам (патология – остеоартроз в сочетании с артериальной гипертензией и/или ИБС в виде стенокардии 1-2 функционального класса и/или неосложненным сахарным диабетом 2 типа; возраст пациентов – от 60 до 73 лет, средний возраст – 64,2±3,2 года). Применены методы: социологический, экс-

пертный, клинические (физикальное, лабораторное, рентгенологическое обследование, определение реабилитационного потенциала, функционального класса, прогноза и т.д.), математико-статистические.

Результаты и обсуждение. Согласно экспертной оценке, в целом технологии годичного динамического наблюдения можно признать отличными в 4,5% случаев (28 наблюдений), хорошими – в 31,8% (200 случаев), удовлетворительными – в 49,6% (312 случаев), неудовлетворительными – в 14,1% (89 случай).

Первая группа факторов, влияющих на эффективность реабилитационно-профилактических программ, представляет собой факторы, отражающие непосредственно характеристики врача-терапевта. К ним можно отнести квалификацию врача ($\chi^2=8,5$, $p<0,05$), отношение к работе ($\chi^2=6,9$, $p<0,05$), знание современных подходов и стандартов оказания помощи больным ($\chi^2=7,5$, $p<0,05$), умение установить адекватный контакт во взаимоотношениях с пациентом ($\chi^2=7,1$, $p<0,05$), наличие/отсутствие терапевтического обучения пациента ($\chi^2=9,2$, $p<0,05$), его характер ($\chi^2=9,3$, $p<0,05$), полнота обследования ($\chi^2=7,3$, $p<0,05$), своевременность обследования ($\chi^2=6,9$, $p<0,05$), характер медикаментозного воздействия ($\chi^2=7,0$, $p<0,05$).

Вторая группа факторов отражает организацию работы конкретной медицинской бригады: предоставление пациенту возможности свободного выбора врача ($\chi^2=7,3$, $p<0,05$), характер распорядка рабочего дня врачей отделения ($\chi^2=9,1$, $p<0,05$), распределение нагрузки между врачами ($\chi^2=6,6$, $p<0,05$) и пр.

Третья группа факторов – внутриучрежденные, связаны с характером взаимоотношений между различными отделениями ($\chi^2=8,4$, $p<0,05$) и пр.

Группу факторов, связанных с клинической и медико-социальной характеристикой пациента, представляют: давность заболевания, стадия заболевания ($\chi^2=8,5$, $p<0,05$), уровень терапевтической грамотности ($\chi^2=8,8$, $p<0,05$), приверженность выполнению рекомендаций ($\chi^2=6,8$, $p<0,05$), удовлетворенность пациентов ($\chi^2=7,4$, $p<0,05$).

Задачами профилактических программ являются:

- 1) улучшение показателей физической работоспособности ($\chi^2 = 7,6$, $p<0,05$);
- 2) повышение уровня повседневной активности, включая бытовую активность и профессиональную деятельность у работающих пенсионеров ($\chi^2 = 6,9$, $p<0,05$);
- 3) улучшение или стабилизация объективного статуса ($\chi^2=8,0$, $p<0,05$);
- 4) повышение качества жизни ($\chi^2=9,2$, $p<0,05$);
- 5) повышение уровня знаний пациента о своем заболевании ($\chi^2=7,8$, $p<0,05$);
- 6) уменьшение влияния факторов риска, уменьшение вредных привычек и снижение негативного влияния сопутствующих заболеваний ($\chi^2=8,9$, $p<0,05$);
- 7) трудоустройство (для работающих пенсионеров) с исключением производственных факторов, оказывающих травмирующее и антисаногенное влияние ($\chi^2=8,0$, $p<0,05$);
- 8) предупреждение инвалидности ($\chi^2=7,9$, $p<0,05$).

Важным моментом реабилитационно-профилактических программ является терапевтическое обучение пожилых пациентов и членов их семей. Оно должно быть подчинено следующим принципам: принцип соответствия – терапевтическое обучение должно соответствовать другим компонентам профилактических технологий; принцип гармоничности – подразумевает гармонию между целями программы и конечным результатом; принцип пригодности – адаптирование программы к уровню знаний пациента, предшествующему опыту, включая уровень его образованности и возможность восприятия; принцип индивидуализации – этот принцип позволяет пациентам получать ответы на персональные вопросы или инструкции согласно индивидуальному прогрессу в знаниях; принцип обратной связи – помогает медицинскому работнику и пациенту определить, как хорошо последний усвоил материал и какого прогресса достиг; принцип привлечения в терапевтическое обучение членов семей пожилого пациента – это необходимо, учитывая социальную, а иногда и психологическую зависимость пожилых пациентов; принцип закрепления полученных знаний – один из компонентов терапевтического обучения, отличный от обратной связи, который предназначен для вознаграждения желаемого изменения поведенческих реакций; принцип помощи в выполнении рекомендаций – относится к мерам, помогаю-

щим пациентам выполнить рекомендуемые действия или устранить препятствия; принцип командности – успешный контроль над заболеванием возможен только при условии, когда в образовании пациентов участвуют специалисты различных специальностей.

Выводы.

1. Наибольшая эффективность профилактических технологий в гериатрии достигается путем интеграции диспансерного наблюдения, терапевтического обучения и клинических реабилитационно-профилактических мероприятий.

2. В целом, на результат динамического наблюдения за пожилыми пациентами влияют факторы, которые можно объединить в 4 группы: факторы, связанные с деятельностью врача-терапевта; факторы, связанные с организацией работы «бригады»; внутриучрежденческие факторы; факторы, связанные с медико-социальной характеристикой пациента.

3. Создание единой интегрированной системы этапной профилактики инвалидности при хронических терапевтических заболеваниях у пожилых больных позволяет ликвидировать следующие проблемы: подмену понятий этапного лечения и реабилитационно-профилактических программ, отсутствие организационных механизмов реализации этапности и преемственности при проведении, отсутствие учета физиологических и психологических особенностей при использовании методов профилактики инвалидности и отдельных клинических методик у пациентов пожилого возраста.

Литература

1. Алферова, Т.С. Основы реабилитологии / Т.С. Алферова, О.А. Потехина. – Тольятти, 1995. – 148 с.
2. Процаев, К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Процаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов. – СПб.: ПраймЕврознак, 2008. – 778 с.
3. Brennan, A. Efficacy of cardiac rehabilitation. 1. A critique of the research / A. Brennan // Br. J. Nurs. – 1997. – №6(12). – P. 697 – 702.
4. Brown, M. Rehabilitation indicators / M. Brown, W. Gordon, Z. Diler // Functional assessment in rehabilitation; eds. Halpern A., Furrer M. – Baltimore: Brooks, 1984. – P. 205 – 221.
5. Shanavan, E.M. Rheumatoid arthritis, disability and the workplace / E.M. Shanavan, M.D. Smith // Baillieres. Best. Pract. Res. Clin. Rheumatol. – 1999. – №13(4). – P. 675 – 688.

MEDICAL AND ORGANIZE PRINCIPLES OF REHABILITATION AND PREVENTION FOR SENIORS

**G.N. Sovenko¹, V.V. Fesenko¹
O.A. Borisov², O.A. Bolhovitina¹
K.V. Perelygin³, D.S. Medvedev³
G.I. Gurko³, N.M. Kunitsyna¹**

¹Belgorod State University

²Vetrino Hospital

³Institute of bioregulation
and gerontology
Russian Academy
of Medical Sciences,
Saint-Petersburg

e-mail: kolginova@mail.ru

The chronic diseases of internal organ is the one of the main pathology in seniors. The developing of complex programs of rehabilitation and prevention and its effectiveness have very important role. Own experience is presented in this article.

Key words: seniors, rehabilitation, prevention.