

РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ ТРЕБУЕТ БРИГАДНОГО ПОДХОДА

Рост доли лиц пожилого и старческого возраста, высокий уровень заболеваемости у данной категории людей привел к увеличению объема необходимой реабилитационной помощи. Процесс реабилитации как сложный междисциплинарный процесс требует участия специалистов разных областей: медиков, соцработников, сиделок, психологов и др. К такому выводу пришли участники международной (Беларусь, Молдова, Россия) научно-практической конференции «Геронтология: сохраняя традиции, идем в будущее», состоявшейся 20 ноября 2015 года в Витебске.

Н.А. ОРЁЛ,

заместитель начальника управления стационарных учреждений социального обслуживания и капитального строительства Министерства труда и социальной защиты Республики Беларусь,

Л.С. КРАСНИЦКАЯ,
корреспондент журнала

УХОД ЗА ПОЖИЛЫМИ ГРАЖДАНАМИ В СТАЦИОНАРНЫХ УЧРЕЖДЕНИЯХ БЕЛАРУСИ

Комитет по труду, занятости и социальной защите Витебского облисполкома за последние несколько лет совершил прорыв в развитии материально-технической базы стационарных учреждений и применении новых социальных услуг. Об этом заявил заместитель начальника управления стационарных учреждений социального обслуживания и капитального строительства Министерства **Н.А. Орёл**, обращаясь к участникам мероприятия.

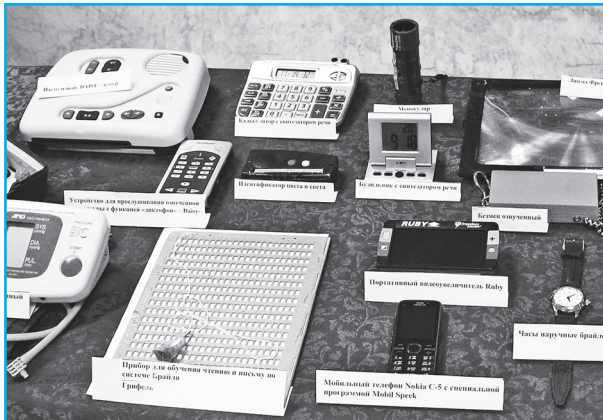
Не случайно при подведении итогов социально-экономического соревнования среди комитетов по труду, занятости и социальной защите нашей страны Витебский комитет последние два года занимает первые места.

В Витебской области при поддержке научных, образовательных и общественных организаций создана инновационная система стационарного социального обслуживания и организована терапевтическая среда в каждом интернате.

Организаторами конференции выступили комитет по труду, занятости и социальной защите Витебского облисполкома, Белорусское республиканское геронтологическое общественное объединение и Министерство труда и социальной защиты Республики Беларусь (далее – Министерство).



Участники конференции



Во время конференции работала выставка медицинского оборудования, средств реабилитации и адаптации, представленных госучреждениями социального обслуживания Витебской области

Защита и поддержка пожилых людей являются одним из приоритетных направлений государственной политики Республики Беларусь. В настоящее время в республике проживает около 2 млн пожилых людей, из них почти 127 тыс. одиноких. Имеет место устойчивая тенденция роста численности граждан пожилого возраста.

Традиционно сложившейся формой социального обслуживания для лиц, которые не могут обслуживать себя самостоятельно, являются дома-интернаты для престарелых и инвалидов. В системе Министерства 80 таких учреждений (более 18 тыс. проживающих), из них 23 учреждения общего типа (4 тыс. проживающих) и 47 – психоневрологического профиля (12,6 тыс. проживающих).

Улучшение качества социального обслуживания – важная государственная задача. По всей стране строятся и реконструируются столовые, мастерские и медицинские корпуса, жилые помещения интернатов с уютными и по-домашнему комфортными спальнями, где в достойной обстановке проживают пожилые граждане и инвалиды. Закупаются подъемники, функциональные кровати, передвижные средства для ухода, микроавтобусы с подъемниками для перевозки инвалидов-колясочников, переносное физиотерапевтическое оборудование.

В проект подпрограммы «Социальная интеграция инвалидов и пожилых граждан» Государственной программы о социальной защите и содействии занятости на 2016–2020 годы включено мероприятие «Оснащение стационарных учреждений медицинским, реабилитационным и технологическим оборудованием, автомобильным транспортом, в том числе с подъемными устройствами» с объемом финансирования почти 70 млрд рублей.

Услуги профессионального ухода за пожилыми гражданами уже приносят свои плоды. В настоящее время ожидаемая продолжительность жизни в республике составляет 73,2 года, при этом средняя продолжительность жизни в домах-интернатах общего типа составляет почти 79 лет, т.е. находится на уровне стран Западной Европы и США, где качество оказания медико-социальной помощи пожилым гражданам достаточно высоко.

В настоящее время в стационарных учреждениях работает большая армия медицинских работников: 185 врачей, 1,3 тыс. средних медицинских работников и около 5,5 тыс. прочих работников здравоохранения. Все эти люди нуждаются в получении знаний по геронтологии как науке, изучающей различные аспекты старения человека и способы продления его активного долголетия.

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БЕЛОРУССКОГО РЕСПУБЛИКАНСКОГО ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВЕННОГО ОБЪЕДИНЕНИЯ

Белорусскому республиканскому геронтологическому общественному объединению исполнилось 3 года. За это короткое время члены объединения успели популяризировать тему геронтологии в Беларуси, вовлечь в решение проблем старения широкий круг специалистов, молодежь и других заинтересованных людей из всей республики и зарубежья, которых так или иначе касаются вопросы геронтологии.

Объединение совместно с комитетом по труду, занятости и социальной защите Витеб-



ского облизполкома создали терапевтическую среду во всех домах-интернатах области. Участники общественного объединения издали много книг и пособий, опубликовали немало научно-популярных материалов, создали электронный журнал «Геронтология», организовали единую платформу в социальных сетях для постоянной и доступной связи всех участников процесса, в том числе самих пожилых людей, провели множество тематических мероприятий и т.д. И все это ради того, чтобы реализовать в Беларуси лучший мировой опыт в данной сфере.

О современной гериатрии и научных исследованиях в области здорового старения рассказал на конференции председатель Белорусского республиканского геронтологического общественного объединения, д. м. н., профессор **А.Н. Ильницкий**.

Гериатрия – это отдельная медицинская специальность, целью которой является воздействие на физическую, психическую, функциональную и социальную сферу здоровья и жизни людей пожилого и старческого возраста при острых и хронических заболеваниях, а также в процессе лечения, профилактики и реабилитации, паллиативной помощи* в период ухода из жизни.

Не каждый пациент в возрасте старше 60 лет должен наблюдаться врачом-гериатром. Гериатрический пациент имеет синдром старческой астении, развивающейся на фоне полиморбидности (наличия множественных заболеваний, не связанных между собой доказанными на настоящий момент патогенетическими механизмами). Как правило, принципы гериатрической медицины применимы к пациентам в возрасте около 80 лет.

Старческая астения – это клинический синдром, включающий в себя:

- **потерю веса, в том числе на фоне саркопении (возрастное снижение мышечной массы, объема и силы);**
- **доказанное динамометрически снижение силы кисти;**
- **выраженную слабость и повышенную утомляемость;**
- **снижение скорости передвижения;**
- **значительное снижение физической активности.**

Fried L.P. et al., 2001

В гериатрии принят синдромальный подход, требующий также организации социальной помощи, что в свою очередь может быть реализовано путем применения бригадного подхода.

Цель гериатрической помощи – минимизировать клинические проявления гериатрических синдромов и принять профилактические меры по предотвращению утяжеления состояния.

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКАМЕНТОЗНОГО ЛЕЧЕНИЯ ПОЖИЛЫХ

В обязанности врача-гериатра входит большой объем лечебной и консультативной работы, определенный Положением о гериатре организации здравоохранения (приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 11 марта 2008 года № 184). Среди необходимых знаний гериатра – основы ортогериатрии, вопросы неотложной гериатрии, герофармакологии и геропрфилактики. Насколько реально выполнение этого массива обязанностей одним лишь врачом-гериатром?

Одной из главных проблем лечения пожилых людей заведующий кафедрой геронтологии и гериатрии Белорусской медицинской академии последипломного образования, к. м. н., доцент **А.В. Байда** назвал наличие коморбидности (множественных заболеваний, связанных

* Паллиативная помощь (от фр. palliatif от лат. pallium – «покрывало, плащ») – это подход, позволяющий улучшить качество жизни пациентов и их семей, столкнувшихся с проблемами угрожающего жизни заболевания, путем предотвращения и облегчения страданий благодаря раннему выявлению, тщательной оценке и лечению боли и других физических симптомов, а также оказанию психосоциальной и духовной поддержки пациенту и его близким.



доказанным единым патогенетическим механизмом) и необходимости в назначении большого перечня препаратов (полифарматерапия).

Риск возникновения побочных эффектов медикаментозной терапии у пациентов старше 60 лет в 1,5 раза выше, чем у молодых.

У больных 70–79-летнего возраста неблагоприятные реакции на введение лекарств развиваются в 7 раз чаще, чем у пациентов 20–29 лет.

Люди пожилого и старческого возраста в 2–3 раза чаще, чем молодые и среднего возраста, госпитализируются из-за побочных действий препаратов.

Наибольшее число смертельных исходов, связанных с нерациональной фармакотерапией, приходится на возрастную группу 80–90 лет.

А.В. Байда порекомендовал обратить внимание на питание пожилых, ведь у людей этого возраста имеются особенности функционирования органов пищеварения. У лиц старше 70 лет присутствует гиперметаболизм, который требует изменения состава питательных веществ и наличия полноценных белков с хорошим аминокислотным скором (составом). Для хорошего функционирования центральной нервной системы в вечернее время должны присутствовать легкоусвояемые углеводы.

СНИЖЕНИЕ ПРИВЕРЖЕННОСТИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ К ЛЕЧЕНИЮ

Об исследованиях приверженности к проводимой лекарственной терапии у людей пожилого и старческого возраста, проведенных международным проектом «ЖИРАФ» (GIRAFFE – Gerontological international research against frailty: fit experience), рассказал директор научно-исследовательского медицинского центра «Геронтология», д. м. н., профессор **К.И. Прощаев**.

Проблема приверженности к проводимой лекарственной терапии является одной из наиболее широко обсуждаемых в современной научной и практической медицине. Известно, что в условиях необходимости постоянного пожизненного применения медикаментозной

терапии, особенно при сердечно-сосудистой патологии, пациенты нередко не соблюдают рекомендации лечащего врача.

Исследования выявили следующие основные причины нерегулярного приема лекарственных средств:

- значительное количество опрошенных (33,3%) забывало принимать лекарства;
- у 17,11% обследованных присутствовали болевые ощущения в суставах, что вызывало дискомфорт при приеме лекарственных средств;
- слишком большой размер таблеток создавал трудности при глотании для 8,1% пожилых людей;
- у 4,5% обследованных возникали жалобы на высокую стоимость назначенного лечения (экономический фактор);
- у 3,6% обследованных наблюдались побочные эффекты от приема лекарственных средств. Еще 2,7% людей жаловались на большое количество назначенных им лекарств, что является фактором риска развития нежелательных эффектов медикаментозной терапии;
- у 1,8% возникали трудности с приобретением лекарств из-за проблем с опорно-двигательным аппаратом.

Пути повышения приверженности к применяемой лекарственной терапии в пожилом и старческом возрасте заключаются в применении комплекса мер, направленных на нивелирование влияния возрастного снижения памяти, суставного синдрома, неудобных для пациента лекарственных форм, низкой доступности препаратов в связи с общесоматическими проблемами пациента и др.

В своевременном применении назначенных препаратов большая роль отводится социальным работникам, в силах которых вести контроль за назначениями врачей, помогать в приеме медикаментов, работать с пациентами и их родственниками, быть связующим звеном между врачом и пациентом.

ТЕРАПИЯ ДЕМЕНЦИИ

Опытот нефармакологической борьбы с потерей памяти у пожилых людей в социальных учреж-



дениях Молдовы поделился гость из Кишинёва – ведущий научный сотрудник Национального центра гериатрии и геронтологии **Адриан Шалари**.

Деменция – это синдром, обычно хронический или прогрессирующий, вызываемый различными заболеваниями мозга, которые оказывают воздействие на память, мышление, поведение и способность выполнять повседневные действия.

В настоящее время во всем мире насчитывается 47,5 млн человек с деменцией, и к 2030 году это число достигнет 75,6 млн, а к 2050 году более чем утроится.

Деменция затрагивает не только страдающих ею людей, но и их семьи, а также тех, кто осуществляет уход. В большинстве стран отсутствует осведомленность в отношении деменции, что приводит к возникновению препятствий для диагностирования и оказания медицинской помощи.

Основные задачи терапии деменции:

- улучшение, стабилизация или замедление прогрессирования когнитивных и функциональных нарушений;
- снижение уровня аффективных, психотических и поведенческих нарушений и риска появления новых;
- адаптация в повседневной жизни.

Методы борьбы с потерей памяти:

- реминисцентная психотерапия (работа в форме устного обмена воспоминаниями пожилого человека со своими сверстниками и персоналом, в которой используются, например, песни, фотографии);
- ориентация на реальность (терапевтический подход к сохранению памяти и мышления у пожилых людей с нарушением психического функционирования, в котором используются устные и письменные напоминания о прошлых и текущих событиях);
- когнитивная стимуляция (комплекс индивидуальных упражнений для улучшения или восстановления памяти, внимания и мышления);
- когнитивная реабилитация (работа по индивидуальному плану реабилитации для выработки рекомендаций больному по вопросам адаптации к реальной жизни).

БИОПСИХОСОЦИАЛЬНАЯ МОДЕЛЬ УХОДА ЗА ГЕРИАТРИЧЕСКИМИ ПАЦИЕНТАМИ

В странах СНГ пятую часть населения составляют лица пенсионного возраста, около 3,2 млн имеют возраст старше 80 лет. Об этом сообщила научный сотрудник научно-исследовательского медицинского центра «Геронтология» (г. Москва) **Э.В. Фесенко**, которая представила опыт системной работы с данной категорией граждан.

Глобальное постарение населения непосредственно сопряжено с проблемой качества жизни лиц старшего возраста, достижения активного долголетия.

Для решения этих проблем требуется согласованная работа реабилитационной бригады – команды квалифицированных специалистов, помогающих пациенту достичь поставленных реабилитационных целей. Особая роль в этом отводится социальным работникам, поскольку они несут на себе основную нагрузку по оказанию медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Все специалисты, которые принимают участие в реабилитационном процессе, должны выполнять единую программу с учетом единых правил и особенностей контингента лиц пожилого и старческого возраста.

Осуществление ухода за гериатрическими пациентами целесообразно строить на основе модели, отличительной чертой которой является удовлетворение биологических, психологических и социальных потребностей человека.

Внедрение модели биопсихосоциального ухода должно не только обеспечить достойное качество жизни и дожитие, но и способствовать улучшению внешнего вида пациента, повышению двигательной активности и самостоятельности, то есть такая модель ухода должна быть активирующей.

Исследования показали, что главными биологическими потребностями лиц пожилого и старческого возраста являются:

- снижение болевого синдрома;



- устранение синдрома задержки/недержания мочи;

- уменьшение:

- степени обезвоживания;
- выраженности дыхательных расстройств;
- нарушений дефекации;
- кожных проблем;
- слабости;
- нарушений терморегуляции в виде гипотермии.

Психологические потребности лиц пожилого и старческого возраста:

- потребность более точного информирования о заболевании и его течении;

- устранение:

- чувства тревоги и страха;
- мнимого физического недостатка;
- конфликта в семье, причиной которого является заболевание;
- страха смерти;
- ложной вины перед близкими, родственниками в связи со своим заболеванием.

Социальные потребности лиц пожилого и старческого возраста:

- устранение дефицита общения;

- повышение:

- роли семьи при осуществлении ухода;
- доверия к персоналу, осуществляющему уход;
- доступности медикаментов;
- доступности религиозных обрядов.

Для реализации биопсихосоциальной модели ухода за пожилым человеком Э.В. Фесенко предложила следующий комплекс реабилитационных мероприятий.

Реабилитационные мероприятия, направленные на биологическую детерминанту:

1. Своевременное обеспечение пациента медицинской помощью, в частности при появлении/усилении:

- физической слабости, истощения;
- болевого синдрома;
- проявлений поражения кожных покровов;
- имеющейся симптоматики.

2. Поддержание активности в повседневной жизни:

- проведение лечебной физкультуры и когнитивной гимнастики для улучшения памяти, внимания;

- привлечение к максимально возможному уровню самостоятельности.

3. Создание благоприятных условий внешней и внутренней биологической среды:

- достаточный прием воды;

- приемлемый самочувствию пациента температурный режим;

- адекватная гигиена при нарушении тазовых функций.

Реабилитационные мероприятия, направленные на психосоциальную детерминанту:

1. Организация психологической поддержки за счет подключения семьи пациента и других значимых для него людей:

- формирование положительного образа медицинского и социального персонала, осуществляющего уход;

- привлечение к уходу священнослужителей.

2. Своевременное оказание психотерапевтической помощи при развитии тревожно-депрессивного синдрома.

Создание активирующей модели не требует больших финансовых затрат. Благодаря активизации и снижению зависимости от постороннего ухода внедрение такой модели в практику снизит последующие затраты на медицинские и социальные нужды.

Идею биопсихосоциальной активирующей модели поддержали все специалисты, принимавшие участие в конференции, и согласились, что она должна осуществляться посредством бригадного подхода – при участии врача, медицинской сестры, социального работника, сиделки, психолога. Только бригадный подход к реабилитации поможет в достижении высокого качества жизни для лиц пожилого и старческого возраста, а также их активного долголетия.