

УДК 613.98

КЛИНИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ ПОДХОДЫ К РЕАЛИЗАЦИИ РЕАБИЛИТАЦИОННО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ В ГЕРИАТРИИ

¹*Совенко Г.Н.,* ²*Фесенко В.В.*

¹*Медицинский центр «Поколение», г.Белгород*

²*ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г.Белгород*

В работе представлены современные клинико-организационные подходы к реализации реабилитационно-профилактических программ в гериатрии. Показано, что наибольшая эффективность профилактических технологий в гериатрии достигается путем интеграции диспансерного наблюдения, терапевтического обучения и клинических реабилитационно-профилактических мероприятий. Обосновано, что на результат динамического наблюдения за пожилыми пациентами влияют факторы, которые можно сгруппировать в 4 группы: факторы, связанные с деятельностью врача-терапевта; факторы, связанные с организацией работы «бригады»; внутриучрежденческие факторы; факторы, связанные с медико-социальной характеристикой пациента. Доказано, что 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.

Ключевые слова: гериатрия, профилактика, реабилитация.

CLINICAL AND ORGANIZATIONAL APPROACHES TO IMPLEMENTING REHABILITATION AND PREVENTION PROGRAMMES IN GERIATRICS

¹*Sovenko G. N.,* ²*Fesenko V.V.*

¹*Medicine center "Generation", Belgorod*

²*FGAOU VPO Belgorod state national research University, Belgorod*

The paper presents modern clinical and organizational approaches to the implementation of rehabilitation and preventive programs in geriatrics. It is shown that the greatest efficiency of preventive technologies in geriatrics is achieved by integration of dispensary supervision, therapeutic training and clinical rehabilitation and preventive measures. It is proved that the result of dynamic monitoring of elderly patients is influenced by factors that can be grouped into 4 groups: factors related to the activities of the therapist; factors related to the organization of the "brigade"; internal factors; factors related to the medical and social characteristics of the patient. It is proved that the creation of a single integrated system of stage-by-stage prevention of disability in chronic therapeutic diseases in elderly patients can eliminate the following problems: substitution of concepts of stage treatment and rehabilitation and preventive programs, the lack of organizational mechanisms for the implementation of stages and continuity in the conduct, the lack of taking into account physiological and psychological features in the use of methods of prevention of disability and individual clinical techniques in elderly patients.

Key words: geriatrics, prevention, rehabilitation.

Введение.

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 качество жизни пожилых людей [1, 2, 3, 4, 5].

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 $64,2 \pm 3,2$ года). Применены методы: социологический, экспертный, 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 случаев).

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 – внутриучрежденческие, 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 подчиняться 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, помогающим 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 сгруппировать 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.

Список литературы

1. Процаев К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии. – СПб.: ПраймЕврознак, 2008. – 778 с.
2. Качан Е.Ю. Повышение резервных возможностей организма пожилых людей: роль физической активности / Е.Ю. Качан, К.О. Ивко, С.В. Трофимова // Российский семейный врач. – 2013.- №3 (17) – С. 30-32.
3. Денисов И.Н. Маркетинг в здравоохранении и проблемы организации гериатрической службы / Денисов И.Н., Куницына Н.М., Процаев К.И., Фесенко В.В., Варавина Л.Ю., Фесенко Э.В., Люцко В.В. // Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 4, URL: www.science-education.ru/105-6911 (дата обращения: 02.02.2018)
4. Kachan E., Ivko K. Physical activity and aging: subjective reasons to be inactive/ E. Kachan, K. Ivko // the 20th IAGG Congress of Gerontology and Geriatrics, Seoul, Korea. - 23-27 June 2013.-The J of Nutrition, health and aging. – 2013. – Vol.17. – Suppl. 1. - P.S372
5. Kachan E., Bashkireva A., Ivko K. Effect of regular Nordic walking on aging rates and quality of life in the elderly and old people / E. Kachan, A. Bashkireva, K. Ivko // IAGG-ER 8th 27 Congress Dublin 2015 «Unlocking the Demographic Dividend». Congress Proceedings – Abstracts // Irish Ageing Studies Review. – 2015. – Vol. 6, Issue 1.– P. 263-264.

Финансирование. Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов. Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Acknowledgments. The study did not have sponsorship.

Conflict of interests. The authors declare no conflict of interest.

Сведения об авторах

Совенко Галина Николаевна- к.м.н., медицинский центр «Поколение», г.Белгород

Фесенко Виталий Васильевич- к.м.н., ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г.Белгород

Статья получена: 05.02.2018 г.

Принята к публикации: 15.03.2018 г.