

## НЕКОТОРЫЕ АСПЕКТЫ СОВЕРШЕНСТВОВАНИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА НА РЕГИОНАЛЬНОМ УРОВНЕ

УДК 614.21:616-036.865

**Меметов С.С., Шаркунов Н.П., Ким В.В.***ФГБОУ ВО «Ростовский государственный медицинский университет» Минздрава России, Ростов-на-Дону, Россия*

## SOME ASPECTS OF IMPROVEMENT OF MEDICAL AND SOCIAL ASSISTANCE AND REHABILITATION OF ELDERLY AND SENIOR CITIZENS AT THE REGIONAL LEVEL

**Memetov S.S., Sharkunov N.P., Kim V.V.***Rostov state medical University, Ministry of health of Russia, Rostov-on-Don, Russia*

### Введение

Постоянное увеличение доли пожилого населения и, соответственно, пожилых больных являются одними из важнейших проблем, унаследованных XXI веком от века ушедшего. Актуальны они как для развитых стран, так и для развивающихся стран. [1,2]

При этом нельзя не учитывать, что в результате успехов медицины растёт количество хронических больных и инвалидов, в том числе пожилых и стариков. Это рождает множество этических проблем, без решения которых невозможно выполнение разнообразных приемов реабилитации. [3]

Старость является заключительным периодом в развитии любого организма, для человека это генетически заданное обретение определённого личного социального статуса. Человек, достигший пожилого возраста, сталкивается с трудностями взаимодействия в обществе, в защите своих прав, с проблемой занятости, с иными формами ограничений жизнедеятельности. [4,5]

Старение населения – глобальный социальный феномен, который влияет на важнейшие показатели здоровья населения. Старшее поколение особенно уязвимо в современных условиях урбанизации и связанной с ней экономической ситуацией. [6]

С целью решения проблем лиц пожилого и старческого возраста президент Российской Федерации В. В. Путин по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации «О развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста», состоявшегося 5 августа 2014 года, поручил Правительству Российской Федерации разработать и утвердить стратегию действий в интересах пожилого возраста, направленную на стимулирование активного долголетия, улучшение качества жизни, использование знаний, опыта и трудового потенциала старшего поколения как важного ресурса экономического роста страны. [7]

Во исполнение поручений Президента Российской Федерации Правительство Российской Федерации сво-

им распоряжением № 164 – р от 05.02.2016г. утвердило Стратегию действий в интересах граждан старшего поколения в России до 2025 года [8]. Её цель – поддержка долгой и здоровой жизни граждан нашей страны, создание условий для их самостоятельной жизнедеятельности.

В соответствии с мероприятиями, предусмотренными Стратегией в Российской Федерации формируется и развивается гериатрическая служба, в том числе активно внедряется комплексная гериатрическая оценка, которая включает в себя исследование не только физического здоровья, но и функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий жизни пациента.

К 2024 году в России будет выстроена трехуровневая система гериатрической службы. [9]

Третий уровень – это сформированный и действующий на сегодняшний день – Российский геронтологический медико-клинический центр ФГБОУ ВО РНИМУ им. Пирогова Минздрава России.

Второй уровень – в рамках федерального проекта «Старшее поколение» предполагает создание в каждом регионе гериатрических центров. Предполагается создание региональных гериатрических центров на базе госпиталей ветеранов войн.

И, наконец, первый уровень – это организация медицинской помощи пожилым в амбулаторных условиях. В поликлиниках должны появиться гериатрические кабинеты, в которых врач-гериатр будет консультировать пожилых пациентов, проводить комплексную гериатрическую оценку и, при наличии показаний, направлять их на госпитализацию в гериатрические центры.

По словам главного внештатного гериатра Минздрава России О.Н. Ткачёвой по результатам реализации пилотных проектов подобная трёхуровневая система уже имеется в 7 регионах Российской Федерации. В 2020 году этот опыт будет распространён на 61 регион России.

## Материалы и методы

В рамках реализации федерального проекта «Старшее поколение» в Ростовской области с 01.01.19 на базе государственного бюджетного учреждения «Госпиталь для ветеранов войн» создан геронтологический центр (далее Центр) на 70 коек. На сегодняшний день «Центр» укомплектован штатами и осуществляет свою деятельность в соответствии с требованиями действующего законодательства. В «Центр», как правило, госпитализируются пациенты пожилого и старческого возраста с уже установленным синдромом старческой астении, либо с подозрением на наличие у них синдрома старческой астении.

## Результаты исследования и обсуждение

Ведение пациентов в «Центре», в отличие от других структурных подразделений госпиталя, имеет свою специфику и некоторые особенности.

Диагностикой старческой астении занимается не один врач, а специальная гериатрической комиссия. Она состоит из трёх обязательных специалистов: врача-гериатра, гериатрической медсестры и специалиста по социальной работе. При необходимости состав комиссии включается врач-диетолог, физиотерапевт, логопед, медицинский психолог, инструктор-методист по лечебной физкультуре.

Оказание медицинской помощи пациенту при наличии старческой астении, заболеваний и гериатрических синдромов осуществляется в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учётом стандартов оказания медицинской помощи.

Пациентам с синдромом старческой астении в день госпитализации оформляется карта сестринского наблюдения за пациентом, в которой в первую очередь отражаются основные проблемы, которые имеют место у конкретного пациента, в том числе определяются нарушения жизненно важных функций, в частности зрения, слуха, речи, физиологических отклонений. Важное значение при формировании карты сестринского наблюдения за пациентом является определение риска падения, так как смена привычной обстановки в быту, при госпитализации в стационар, значительно увеличивает риск падения, что может привести к нежелательным последствиям в виде различных травм и переломов. Медицинская сестра также должна уточнить перечень технических средств реабилитации, используемых пациентом в повседневной жизни и в быту и убедиться в их наличии у пациента на момент госпитализации. Если же используемые технические средства реабилитации (слуховой аппарат, средства для передвижения, очки, абсорбирующее белье и т. д.) отсутствуют, необходимо попросить родственников привезти их в стационар на период госпитализации. Лечащий врач в первый день госпитализации в разделе объективного осмотра пациента делает запись по результатам опросника «Возраст не помеха», который позволяет выявить у лиц пожилого и старческого возраста ранние признаки старческой астении или факторы риска её развития и прогрессирования. Далее лечащий врач, в зависимости от общего состояния пациента и преобладания тех или иных клинических проявлений, имеющих место заболеваний у конкретного пациента, а также степени выраженности функциональных нарушений различных органов и систем, определяется с перечнем необходимых дополни-

тельных шкалы и тестов, которые необходимо провести в отношении этого пациента, с целью объективизации его статуса и разработки конкретных мероприятий по проведению лечебных, реабилитационных и медико-социальных мероприятий, которые включаются в индивидуальный план ведения и ухода пациента.

Обязательным является оценка социального статуса пациента с синдромом старческой астении. Предварительная оценка социального статуса, как правило, проводится в день поступления пациента специалистом по социальной работе.

Развёрнутый диагноз синдрома старческой астении в стационаре устанавливается на второй день госпитализации на основании комплексной гериатрической оценки (далее – КГО).

КГО – это междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку физического и психоэмоционального статуса, функциональных возможностей и социальных проблем пожилого человека с целью разработки плана лечения и наблюдения, направленного на восстановление или поддержания уровня его функциональной активности. В проведении КГО участвует мультидисциплинарная команда, в состав которой входят:

- врач-гериатр;
- медицинская сестра, подготовленная для работы в гериатрии;
- специалист по социальной работе;
- инструктор-методист по лечебной физкультуре;
- другие специалисты (например, диетолог, логопед, физиотерапевт, медицинский психолог и другие).

Набор проводимых в рамках КГО шкал и тестов может меняться в зависимости от состояния пациента. Предпочтительно проводить КГО в присутствии человека, ухаживающего за пациентом с целью получения более достоверной оценки проблем и функциональных возможностей пациента, а также обсуждения дальнейшего плана ведения пациента. Необходимо также уточнить предпочтения и ожидания самого пациента и членов его семьи.

После проведения КГО уточняется степень тяжести старческой астении согласно клинической шкале старческой астении и разрабатывается индивидуальный план ведения пациента, включающий рекомендации по следующим направлениям:

- уровень физической активности;
- питание;
- организация безопасности быта;
- оптимизация лекарственной терапии;
- необходимые лабораторные и инструментальные обследования, консультация специалистов;
- использование средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента (средства передвижения, протезирование и ортезирование, коррекция сенсорных дефектов и другие);
- уровень потребности в посторонней помощи и в уходе, который может быть представлен медицинской или социальной службами.

В период нахождения пациента в стационаре лечащий врач ежедневно в дневниках отмечает дополнительно ко всем общепринятым объективным показателям состояния здоровья, динамику его функционального и когнитивного статуса, а также, при необходимости, уровень болевого синдрома, нарушение сна и других показателей, принимая во внимание также данные ре-

зультатов наблюдения среднего медицинского персонала и записи в сестринской карте.

Важно подчеркнуть, что при ведении пациентов с синдромом старческой астении реализуется междисциплинарный подход к оценке состояния пациента при определённой тактике лечения. С этой целью привлекаются врачи различных специальностей в соответствии с клинической ситуацией (невролог, кардиолог, эндокринолог, клинический фармаколог, психиатр, врач ЛФК, отоларинголог, офтальмолог, уролог, гинеколог, хирург и другие специалисты). Вместе с тем, важно отметить, что решить кардинально все проблемы пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом старческой астении, в период нахождения их в стационаре практически невозможно по следующим причинам: во-первых, пациенты госпитализируются в стационар, как правило, связи с ухудшением состояния здоровья, то есть функциональное состояние на момент поступления в стационар обычно ниже оценки его функционального статуса в повседневной жизни, и за период стационарного лечения не всегда удается восстановить функциональный статус до уровня, который, имелся до госпитализации; во-вторых период стационарного лечения этой категории больных из сложившейся практики в большинстве случаев составляет 10 – 15 дней. Более того, пожилых больных стараются выписывать из стационара как можно раньше; в-третьих, сам факт пребывания больного в стационаре, как мы указывали выше, может привести к дополнительным факторам риска, связанными с изменениями привычной для пациента обстановки в быту, возможными побочными действиями лекарственных препаратов, сменной режимом питания и т.д.

На наш взгляд, период пребывания пациентов с синдромом старческой астении в стационаре необходимо использовать с целью проведения максимально возможных диагностических мероприятий, в том числе осуществление по показаниям консультации узких специалистов, адекватного подбора необходимых лекарственных препаратов, определение его функционального и когнитивного статусов и на этой основе разработки плана долговременного наблюдения и медико-социальной помощи этой категории пациентов.

Процесс оказания медико-социальной помощи и реабилитации лицам пожилого и старческого возраста должен быть непрерывным, должна в обязательном порядке соблюдаться преемственность и междисциплинарный подход. В связи с этим, важное значение приобретает сам «Выписной эпикриз» стационарного больного, в котором должна быть отражена информация о результатах КГО, динамика функционального и когнитивного статуса за период нахождения пациента в стационаре, рекомендации по дальнейшему ведению пациента должны содержать рекомендации по питанию, уровню физической активности, лекарственной терапии, социальной помощи с указанием способов наблюдения, кратности осмотров, предполагаемых повторных консультаций специалистов и, при необходимости, повторных госпитализаций в специализированные гериатрические центры или профильные отделения круглосуточных стационаров. То есть, выписной эпикриз для этой категории больных является своего рода планом мероприятий по медико-социальной помощи и реабилитации на определённый промежуток времени до изменения функционального статуса. С учётом междисциплинарного подхода к решению

проблем пациентов с синдромом старческой астении, считаем необходимым направление выписного эпикриза не только в медицинскую организацию по месту жительства пациента, но и в территориальные органы социальной защиты населения для координации совместных действий.

К сожалению, на сегодняшний день при формировании гериатрической службы на уровне региона возникает множество организационных проблем при формировании так называемого первого уровня. В первую очередь – это наличие дополнительных площадей в муниципальных медицинских организациях для открытия гериатрических кабинетов, во вторую очередь – приобретение необходимого медицинского оборудования, что потребует дополнительных финансовых затрат. Не менее важной, а скорее основной проблемой, является кадровая проблема. Справедливости ради необходимо отметить, что огромного желания у врачей – терапевтов и педиатров переквалифицироваться в врача-гериатра нет. Чтобы стать врачом – гериатром необходимо, в первую очередь желание самого врача, а не желание руководителя. На наш взгляд, в первую очередь необходима популяризация специальности врача-гериатра и, во вторую очередь, разработать систему мер, направленных на повышение материального и социального статуса медицинских работников, оказывающих помощь пациентам пожилого и старческого возраста. Ещё хуже обстоят дела с социальным работником и медицинским психологом, наличие которых необходимо для проведения комплексной гериатрической оценки. Уровень заработной платы этих специалистов в медицинских организациях колеблется от 6,5 тыс. руб. до 10 тыс. руб. Найти желающих работать за такую заработную плату практически невозможно.

Серьезную озабоченность вызывает нежелание самих пациентов лечиться у врача-гериатра или в гериатрическом отделении. По мнению большинства пациентов, гериатрические отделения – это отделения для «никому не нужных стариков» от которых хотят «избавиться». Пожилые же пациенты хотят, как правило, «подлечить» либо сердца, либо давление, либо какую другую конкретную болезнь в специализированном отделении. Конечно же, в сложившейся ситуации необходима просветительская работа, направленная на привлечение внимания гражданского общества к решению проблем людей старшего поколения, популяризацию потенциала и достижений геронтологии и гериатрии, содействие созданию дружественной инфраструктуры и психологической атмосферы для граждан старшего поколения.

Также следует подчеркнуть, что помощь пациентам пожилого и старческого возраста это не чисто медицинская проблема, это медико-социальная проблема, решение которой осуществляется в тесном взаимодействии органов здравоохранения и органов социальной защиты населения. Здесь важна преемственность в ведении этих пациентов. Процесс оказания медико-социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста не ограничивается определённым промежуток времени, это непрерывный процесс, продолжающийся с момента установления синдрома старческой астении до конца жизни пациента, причём с годами, несмотря на получаемую медицинскую и социальную помощь, потребность в медико-социальной помощи, как правило, увеличивается, в связи с естественным процессом старения.

## Выводы

Таким образом, на основании вышеизложенного можно сделать следующие выводы:

- процесс формирования гериатрической службы в Российской Федерации находится на этапе становления;
- формирование первого и второго уровня гериатрической службы на региональном уровне сталкивается с серьезной кадровой проблемой;

- необходима просветительская работа, направленная на привлечение внимания гражданского общества к решению проблем людей старшего поколения;
- популяризация потенциала и достижений геронтологии и гериатрии.

## Список литературы:

1. Каукунова Т. Пенсионное обеспечение в КНР // URL: <http://www.easttime.ru/analitic/3/8/520.html>.
2. Мальных Ф.Т. Качество жизни, обусловленное состоянием здоровья лиц пожилого и старческого возраста // Качественная клиническая практика. – 2011. – № 1. – С. 11-19.
3. Scfield G.R. Ethical Considerations in Rehabilitation Medicine // Arch. Phys. Med. Rehabil. 1992. Vol 74.-№8.- P. 341-346.
4. Чухина Н.В., Салагаев А.Л. Актуальные проблемы качества жизни населения пожилого возраста // Актуальные вопросы общественных наук: социология, политология, философия, история: сб. ст. матер. XI международной науч.-практ. конф. – Новосибирск: СибАК, 2012.
5. Меметов С.С. Шаркунов Н.П. Социальные проблемы лиц пожилого и старческого возраста на современном этапе // Colloquium – journal, 2019, №5(29) с. 38-41.
6. Пузин С.Н. Мячина О.В. Есауленко И.Э. Зуйкова А.А. Башков А.Н. Шургая М.А. Меметов С.С. Влияние антропогенной нагрузки на медико-социальные аспекты первичной заболеваемости и инвалидности населения // Успехи геронтологии, 2018, Т. 31(№4), с. 569-573.
7. Перечень поручений Президента РФ по итогам заседания президиума Госсовета РФ «О развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста» 05.08.2014 г., Пр- 2159.
8. Распоряжение Правительства РФ №164-р от 05.02.2016 «О стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
9. Электронный ресурс: <https://medvestnik.ru/content/news> (дата посещения 10.07.2019)

## References:

1. Kaukenova T. Pension in China // URL: <http://www.easttime.ru/analitic/3/8/520.html>.
2. Malykhin F.T. The quality of life due to the state of health of elderly people // High-quality clinical practice. – 2011. – No. 1. – S. 11-19.
3. Scfield G.R. Ethical Considerations in Rehabilitation Medicine // Arch. Phys. Med. Rehabil. 1992. Vol 74.-No. 8. – P. 341-346.
4. Chukhina N.V., Salagaev A.L. Actual problems of the quality of life of the elderly // Actual problems of the social sciences: sociology, political science, philosophy, history: Sat. Art. Mater. XI international scientific and practical. conf. – Novosibirsk: SibAK, 2012.
5. Memetov S.S. Sharkunov N.P. Social problems of the elderly and senile at the present stage // Colloquium – journal, 2019, No. 5 (29) p. 38-41.
6. Puzin S.N. Myachina O.V. Esaulenko I.E. Zuykova A.A. Bashkov A.N. Shurgaya M.A. Memetov S.S. The influence of anthropotechnogenic load on the medical and social aspects of the primary morbidity and disability of the population // Successes of gerontology, 2018, T. 31 (No. 4), p. 569-573.
7. The list of instructions of the President of the Russian Federation following the meeting of the Presidium of the State Council of the Russian Federation "On the development of a system of social protection for elderly citizens" on 05.08.2014, Pr-2159.
8. Decree of the Government of the Russian Federation No. 164-r dated 02/05/2016 "On the strategy of actions in the interests of senior citizens in the Russian Federation until 2025".
9. Electronic resource: <https://medvestnik.ru/content/news> (date of visit 10.07.2019)

## РЕЗЮМЕ

В статье отражены проблемы формирования гериатрической службы на региональном уровне, как при формировании второго уровня, так и при организации работы первого уровня – гериатрических кабинетов. Серьезную озабоченность на региональном уровне вызывает кадровая проблема и уровень материального обеспечения сотрудников, оказывающих медико-социальную помощь пациентам пожилого и старческого возраста. Указано на недостаточную информированность населения достижениями геронтологии и гериатрии, недостаточное взаимодействие медицинских организаций и органов социальной защиты населения в решении комплексных медико-социальных проблем лиц старших возрастных групп.

**Ключевые слова:** геронтология, гериатрия, врач-гериатр, пациент, пожилой возраст, старческий возраст, медицинская организация, гериатрический центр, социальная защита.

## ABSTRACT

The article reflects the problems of formation of geriatric service at the regional level, both in the formation of the second level and in the organization of the first level – geriatric offices. A serious concern at the regional level is the personnel problem and the level of material support of employees providing medical and social assistance to elderly and senile patients. The insufficient awareness of the population about the achievements of gerontology and geriatrics, insufficient interaction of medical organizations and social protection bodies in solving complex medical and social problems of older people are pointed out.

**Keywords:** gerontology, geriatrics, geriatric doctor, patient, elderly age, senile age, medical organization, geriatric center, social protection.

## Контакты:

**Меметов Сервир Сеитягьяевич.** E-mail: [memetov.57@mail.ru](mailto:memetov.57@mail.ru)