

© Коллектив авторов, 2011 г.
УДК 616-084+616-036.865:612.68

Н. И. Жернакова, К. И. Процаев,
Р. Ф. Капустин, А. Н. Ильницкий,
Г. Н. Совенко, Х. К. Мартинес Гарсес

ОБЕСПЕЧЕНИЕ АКТИВНОГО ДОЛГОЛЕТИЯ ПОСРЕДСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ И ПРОФИЛАКТИКИ КАК ВЫПОЛНЕНИЕ СОЦИАЛЬНО- ГО ЗАКАЗА ОБЩЕСТВА

Белгородский государственный университет; Белгородская государственная сельско-хозяйственная академия

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 следующие методы: социологический, экспертный, клинические (физикальное, лабораторное, рентгенологическое обследование, определение реабилитационного потенциала, функционального класса, прогноза и т. д.), математико-статистические. 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 т. д. Третья группа факторов – внутриучрежденные – связаны с характером взаимоотношений между различными отделениями ($\chi^2=8,4$, $p<0,05$) и т. д. 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, 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 – гармония между целями программы и конечным результатом; принцип пригодности – адаптация программы к уровню знаний пациента, предшествующему опыту, включая уровень его образованности и возможность восприятия; принцип индивидуализации, позволяющий 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 – необходим, 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.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лебедев, И. В. Продление активной жизни как социальный заказ в исторической перспективе / И. В. Лебедев // Геронтолог. журн. им. В. Ф. Купревича. – 2010. – № 2. – С. 11–12.
2. Процаев, К. И. Избранные лекции по гериатрии / К. И. Процаев, А. Н. Ильницкий, С. С. Коновалов. – СПб.: ПраймЕврознак, 2008. – 778 с.

3. *Lebourg, E.* Correlational Analysis in Comparative Gerontology: An Examination of Some Problems / E. Lebourg // *Experimental gerontology.* – 1996. – Vol. 31. – № 6. – P. 645–653.

4. *Nusbaum, N. J.* What Good Is It to Get Old / N. J. Nusbaum // *Medical hypotheses.* – 1996. – Vol. 47. – № 2. – P. 77–79.