ДОМ-ИНТЕРНАТ ДЛЯ ПОЖИЛЫХ

И. Карпенко, **А. Горбунов**, **Л. Соловьева**
Центр медико-социальной реабилитации «Благополучие», Московская область, Ногинский район, поселок Горбуша
E-mail: info@blagorc.ru

Изложен собственный опыт организации медико-социальной помощи в условиях гериатрического учреждения негосударственной формы собственности – дома-интерната для пожилых граждан и инвалидов.

Ключевые слова: гериатрия, пожилой пациент, дом-интернат для пожилых граждан и инвалидов.

Интенсивное развитие гериатрической помощи в настоящее время обусловлено тем обстоятельством, что состояние общественного здоровья в Российской Федерации характеризуется увеличением доли лиц старших возрастных групп, страдающих хроническими неинфекционными заболеваниями с одновременным ростом в обществе удельного веса людей пожилого и старческого возраста. В сложившихся условиях повышается значимость служб здравоохранения, имеющих не только лечебную, но также и профилактическую и саногенную направленность, ориентированных на оказание помощи представителям старших возрастных групп. Таким образом, необходимость развития гериатрической службы в России диктуется прогрессирующим постарением населения, ростом заболеваемости пожилых, особенностями патологии в старших возрастных группах, нуждающихся в социальной и психологической поддержке. Острота проблемы определяется тем, что, в частности, заболеваемость лиц пожилого возраста (61 года –75 лет) выше, чем у людей трудоспособного возраста, в 2 раза, старческого (76–90 лет) – в 6 раз, потребность в амбулаторно-поликлинической помощи – в 2–4 раза, в стационарной по отдельным видам специализированной помощи (кардиологической, эндокринологической, пульмонологической, урологической, офтальмологической, неврологической, психиатрической, онкологической и др.) – в 1,5–3,0 раза. Надо отметить, что подобные тенденции характерны не только для нашей страны, но и для всего мира [1].

Политика и тактика развития гериатрической помощи определены Международной ассоциацией геронтологии и гериатрии, основанной в 1950 г. в г. Льеже (Бельгия); в спектр ее деятельности входят координация научных исследований в области геронтологии и гериатрии в мире с унификацией развития гериатрии как медицинской специальности в национальных системах здравоохранения разных стран. Данная организация имеет представительство в ООН с целью обеспечения прав пожилого населения и осуществляет руководство деятельностью Глобальной сети по изучению старения (GARN). Основание этой организации дало мощный импульс развитию гериатрической службы во всем мире [2].

Важной вехой развития гериатрической службы стало введение в середине 70-х годов XX века гериатром и интернистом Б. Исааксом понятия «гериатрический синдром»; он же впервые выделил основные направления синдромологической гериатрической помощи, принципиальной для повышения качества жизни пожилого человека (нестабильность и падения; недержание мочи и кала; нарушения пере-

движения; когнитивные расстройства – деменция, депрессия и делирий).

В середине XX века в США гериатром Л.З. Рубинштейном разработаны основы гериатрического осмотра или комплексной гериатрической оценки, которая включает применение комплекса опросников и шкал, направленного на выявление синдромологических особенностей состояния пожилого пациента во взаимосвязи с качеством жизни и степенью социальной адаптации; в совокупности это предоставляет возможность разрабатывать такие схемы лечения и реабилитации, которые ориентированы на повышение качества жизни и уровня социальной интеграции [2].

В России развитие гериатрического направления в медицине и здравоохранении началось со второй половины XX века. Начало положили Приказы Минздрава СССР от 19.04.77 №347 и от 23.09.81 №1000, в которых предписывалось создать гериатрические кабинеты в поликлиниках по участково-территориальному принципу; они функционируют и по настоящее время, хотя и в ограниченном количестве.

Важным шагом в развитии стационарной гериатрической помощи стал Приказ Минздрава РСФСР от 01.02.91 №19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц», что способствовало развертыванию в ряде лечебно-профилактических учреждений отделений (в том числе хозрасчетных), специализирующихся на уходе за пожилыми людьми [3].

Важными особенностями характера патологии и в целом состояния здоровья людей пожилого и старческого возраста являются полиморбидность, хроническое течение заболевания (заболеваний), стертость клинической картины и остроты процесса, лекарственный патоморфоз, одновременная или последовательная поликаузальная моносимптоматика, позднее обращение за медицинской помощью, изменяющаяся фармакокинетика и, соответственно, фармакодинамика лекарственных препаратов, вынужденная политерапия и весьма нередкая полипрагмазия в сочетании с фармакоманией, весьма частая невозможность получить адекватную медицинскую помощь, сложный клубок личных, социальных, бытовых и медицинских проблем. Необходимость решения перечисленных проблем стала основанием для появления новой в нашей стране специальности «врач-гериатр» (Приказ Минздрава России от 16.02.95 №33).

Со временем во многих регионах страны стали открываться медико-социальные отделения для пожилых больных и инвалидов, центры геронтологии и гериатрии, создаваться ассоциации и научные общества геронтологов и гериатров.

В соответствии с Указом Президента РФ от 13.07.96 №833 «О федеральной целевой программе “Старшее поколение”», Постановлением Правительства РФ от 28.08.97 №1090 и Приказом замминистра здравоохранения РФ «Отраслевая научно-исследовательская программа «Мониторирование здоровья и методы реабилитации старшего поколения населения России на 1999–2005 гг.»», а также, следуя рекомендациям экспертов ВОЗ по проблемам пожилых, в стране активизировалась деятельность учреждений здравоохранения, направленная на профилактику, раннюю диагностику, лечение и реабилитацию при заболеваниях, наиболее часто развивающихся в старших возрастных группах. Приказом Минздрава России от 27.08.99 №337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» специальность «гериатрия» (040122.03) была отнесена к специальностям, требующим углубленного обучения.

С целью повышения объемов и качества оказания медико-социальной помощи людям старших возрастов, профилактики преждевременного старения и интенсификации научных исследований в области геронтологии и гериатрии Минздравом России издан Приказ от 28.07.99 №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации». Приказом были предусмотрены создание сети гериатрических лечебно-профилактических учреждений 3 уровней, подготовка кадров и проведение организационно-методической работы.

Среди последних нормативных документов, определяющих развитие гериатрической службы и помощи людям пожилого и старческого возраста, – Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 №164-р, в котором утверждена стратегия действий в интересах граждан старшего поколения, а также Приказ Минздрава России от 14.03.2016 №41405, в котором прописан порядок оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия» [4].

Даже из краткого обзора основных вех развития гериатрической службы видно, что основной упор справедливо делается на развитии помощи пациентам пожилого и старческого возраста в рамках первичной медико-санитарной помощи. Основная цель гериатрических стратегий – способствовать в максимальной степени сохранению достоинства пациентов старших возрастных групп, минимизировать клинические и социальные проявления гериатрических синдромов, а также выявить с помощью опросников и шкал эти синдромы у конкретного пациента и предпринять профилактические меры по предотвращению утяжеления его состояния.

Вместе с тем в нашей стране до настоящего времени недооценивается разработанная Международной ассоциацией геронтологии и гериатрии концепция гериатрической службы, основными аспектами которой являются следующие: не нозологический, а синдромальный подход; оказание медико-социальной помощи при гериатрических синдромах; подход к процессам старения с точки зрения континуума старения; идеология профилактика синдрома старческой астении; работа с пациентами с риском развития или синдромом деменции; повышение качества помощи пациентам, которые находятся в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов. Необходимо обратить пристальное внимание на совершенствование гериатрической и реабилитационной помощи в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов, а также в медико-социальных реабилитационных центрах для реабилитации и лечения людей пожилого и старческого возраста [5].

По литературным данным, при поступлении в дом-интернат или реабилитационный центр стационарного пребывания у людей пожилого и старческого возраста существует ряд проблем [6]:

1) пожилые люди стараются в жизни оставить все так, как есть (стиль жизни, привычки, окружение), не стремятся к переменам, но при поступлении в стационарное учреждение многое для них вынужденно меняется;
2) при поступлении в дом-интернат происходит сужение личного пространства («Не могу поверить, что тумбочка, тесная палата, безликая жизнь могут быть лучше своего дома, где каждая вещь, картина, фотография дарят воспоминания и наполняют целые дни, даже если не происходит ничего нового»);
3) усугубляется когнитивный дефицит, развивается синдром падений – чаще из-за потери всего, что окружало ранее (знакомые квартал, места, магазины, соседи);
4) формируется определенный уровень социальной изоляции, поскольку часто дома-интернаты находятся в отдаленной местности, куда трудно добраться;

5) возникает дефицит общения с другими поколениями и такой предрассудок как «дом престарелых – грустное зрелище для маленьких детей»;
6) отсутствует выбор (режим дня, однообразие, стереотипная кухня);
7) формируется дефицит личного пространства – никакой приватности, никакого стыда (пожилого человека вынуждают преодолевать стеснительность и все выставлять напоказ – болезни, физические слабости, боль);
8) наблюдается постепенное обезличивание и «обесчеловечивание» (не называют по имени, ко всем обращаются на «ты» вне зависимости от социального статуса);
9) важна проблема «близкой» и наглядной смерти, которая всегда рядом (пожилые люди видят, как умирают их соседи).

Вследствие перечисленных проблем у поступающих в дома-интернаты формируется синдром нарушения адаптации (мальадаптации). Он проявляется в виде тревожно-депрессивного синдрома; увеличения частоты общегериатрических синдромов (падения, недержание мочи, расстройства дефекации); обостряются имеющиеся хронические заболевания; формируется психологический дискомфорт («уход в себя»).

Между тем нередко существуют факторы, повышающие заинтересованность в поступлении в дома-интернаты. Так, при изменении места жительства либо появлении нового окружения в жизни пожилого человека в значительной мере снижается его способность к адаптации; велико значение ухудшения отношений с родственниками или ухаживающими за пожилым человеком людьми; утраты возможности автономного существования по физическим, психическим или психологическим причинам; утраты либо значительного снижения возможности контакта с окружающим миром.

Реакции пациентов пожилого и старческого возраста на поступление в дома-интернаты также могут отличаться, в частности, лица, достигшие значительных успехов в профессиональной карьере, расценивают направление в дом-интернат как значительную жизненную неудачу; пожилые люди, прожившие большую часть жизни в браке, хуже адаптируются к условиям пребывания в доме-интернате, чем холостые; хуже адаптируются также родители дочерей (ожидая от них большей поддержки, чем от сыновей), при этом бездетные люди адаптируются к условиям дома-интерната лучше.

Хуже адаптируются люди, имеющие отдельный собственный дом, чем квартиру; обычно проблемы с адаптацией в доме-интернате возникают у пожилых, которые по характеру малоконтактны и являются интровертами [7].

В целях повышения качества пребывания пациентов в домах-интернатах важны все меры, направленные на гуманизацию данного процесса. В частности, это контроль общественности за выполнением персоналом обязанностей, своевременное выявление случаев жесткого ухода, недолжного отношения. Нельзя переоценить значения налаживания со стариками в домах-интернатах дружеских отношений со стороны персонала; в максимально возможной степени нужно отпускать людей, давать возможность свободного передвижения, заботиться об индивидуальности каждого (уменьшать границы обезличивающей среды – одинаковые пижамы, стрижка, еда и т.д.); важен такой посыл: «Твоя личность важна, ты решаешь сам, мне интересны твои вкусы...»; необходимо сглаживание «острых углов» в отношениях между стариками и др.

Нами в Центре медико-социальной реабилитации «Благополучие» разработан комплекс мер по профилактике синдрома нарушения адаптации при поступлении пожилого пациента, учитываются личностные особенности при размещении людей и оказании им медико-социальной помощи, разработаны алгоритмы действий персонала, которые направлены на предупреждение развития синдрома старческой астении и других гериатрических синдромов. Старческая астения – это специфическое состояние, которое может развиться у человека пожилого и старческого возраста, характеризующееся такими симптомами, как похудение (снижение массы тела на ≥4,5 кг в год); нарушение походки, снижение мышечной силы и развитие выраженной саркопении; развитие когнитивных расстройств и снижение мотивации, утрата прежних жизненных интересов; низкая двигательная активность. Для предупреждения этого состояния в Центре медико-социальной реабилитации «Благополучие» созданы все условия – как кадровые, так и материально-технические. Большое внимание уделяется раннему выявлению когнитивных расстройств. С этой целью проводится коррекция мероприятий по реабилитации и уходу с применением современных методик, в частности, проводятся занятия с логопедом и нейропсихологом с комплексным воздействием, индивидуальная психотерапия, тренинги на развитие навыков планирования, памяти и узнавания, культурно-ориентированные практики, обучение повседневным навыкам в адаптированной среде, максимально приближенной к реальной [8, 9].

Таким образом, на современном этапе гериатрическая помощь характеризуется стремительными темпами развития. Вместе с тем первоочередного внимания требует дальнейшее совершенствование оказания гериатрических услуг в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов, в стационарных центрах медико-социальной реабилитации, что дополнит целостную картину высококачественной, гуманной помощи людям старших возрастных групп.

Литература

1. Лазебник Л.Б. Полиморбидность у пожилых // Сердце. – 2007; 7: 25–7.
2. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (Frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. – 2013; 1 (1): 408–12.
3. Куницына Н.М. Медико-организационная модель изучения деятельности организаций здравоохранения в области геронтологии и гериатрии. Материалы конф. «Частная медицина и современные экономические условия» / Киев, 2008; с. 17.
4. Kalvach Z., Zadak Z., Jirak R. et al. Geriatricke syndromy a geriatricky pacient / Praga: Grada, 2008; 336 p.
5. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Жернакова Н.И. Основные гериатрические синдромы. Учеб. пособие / Белгород, 2012; с. 41–54.
6. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4 т. Т. 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия. Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010; 720 с.
7. Fedarko N. The biology of aging and frailty // Clin. Geriatr. Med. – 2011; 27 (1): 27–37.
8. Пузанова О.Г. Доказательная профилактика в здравоохранении: акцент на здоровье пожилых // Геронтол. журн. им. В.Ф. Купревича. – 2012; 1–2: 88–9.
9. Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. и др. Программа и инструкция для ЭВМ «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основе представления результатов специализированного гериатрического осмотра. Свидетельство о гос. рег. №2013660311, дата рег. 30.10.2013.

A CARE HOME FOR THE ELDERLY

I. Karpenko, A. Gorbunov, L. Solovyeva

«Blagopoluchie» (Well-Being) Sociomedical Rehabilitation Center, Gorbusha Settlement, Noginsky District, Moscow Region

The authors describe their own experience in organizing health and social care in the private geriatric facility, such as a care home for the elderly and disabled.

Key words: geriatrics, elderly patient, care home for the elderly and disabled.