

УДК 613.98:369.223.23

**ПАТРЭБНАСЦЬ У МЕДЫЦЫНСКАЙ РЭАБІЛІТАЦЫІ
АСОБ ПАЖЫЛОГА І СТАРЭЧАГА ЎЗРОСТУ
АСПЕКТЫ АРГАНІЗАЦЫІ СЛУЖБЫ МЕДЫЦЫНСКАЙ РЭАБІЛІТАЦЫІ**

*канд. мед. навук, дац. А.М. ЛЬНІЦКІ
(Полацкі дзяржаўны ўніверсітэт),
д-р мед. навук К.І. ПРАШЧАЕЎ
(МСЧ ААТ «Палімір»)*

Разгледжана медыцынская рэабілітацыя асов старэчага і пажылога ўзрастаў у сувязі з павышэннем іх агульнай вагі ў папуляцыі, а таксама высокага ўзроўню паталагічнага захворвання. Паказана, што рэабілітацыйная дапамога асобам пажылога і старэчага ўзросту, якая аказваецца ў медыцынскіх установах, з'яўляецца асновай для наступнай сацыяльнай рэабілітацыі.

Медыцынская рэабілітацыя - гэта працэс, які накіраваны на павышэнне аспектаў якасці жыцця хворага чалавека, якія асацыяраваны са станам здароўя. Сярод асов пажылога і старэчага ўзросту такія параметры, як здольнасць да перасоўвання, зносін, самакантролю, самаабслугоўвання і працы набываюць асаблівае значэнне. Менавіта яны складаюць падмурак сацыяльнай самадастатковасці пажылога чалавека, ствараюць спрыяльны фон для інтэграцыі асов «трэцяга ўзросту» ў грамадскую дзейнасць, у меншай ступені патрабуюць удзелу аточэння хворага чалавека па догляду за ім. У гэтай сувязі рэабілітацыйная дапамога асобам пажылога і старэчага ўзросту, якая аказваецца ў медыцынскіх установах, з'яўляецца асновай для наступнай сацыяльнай рэабілітацыі.

У апошнія гады назіраецца павышэнне патрэбнасці ў правядзенні медыцынскай рэабілітацыі менавіта сярод асов пажылога і старэчага ўзросту. Гэта абумоўлена наступнымі акалічнасцямі:

1. Зрух узроставай структуры насельніцтва ў бок павышэння ўдзельнай вагі асов старэйшых узростаў груп.

Намі праведзены аналіз дынамікі ўзроставага складу насельніцтва Рэспублікі Беларусь у 1999 - 2002 гг., разлічаны тэмпы прыросту насельніцтва (%), у якасці базы параўнання абраны 1998 год. Атрыманыя дадзеныя сведчаць аб наступных тэндэнцыях. Так, мае месца дадатны тэмпы прыросту асов ва ўзросце 15-19 год (у дынаміцы 1999 - 2001 гг., база параўнання - 1998 год), адпаведна + 1,7 %; +4,3 %; +5,9 %; +8,3 %, пры ўзроўні значнасці $p < 0,05$. Супастаўным з'яўляецца кантынгент асов ва ўзросце 40 - 44 гады, тэмпы прыросту складае адпаведна +2,8 %; +5,0 %; +7,4 %; +8,2 %, $p < 0,05$. Найбольш адчувальны рост колькасці адзначаецца ў групе 50 - 54-гадовых асов, тэмпы прыросту ў параўнанні з 1998 годам адпавядае значэнням +11,3 %; +25,3 %; +38,9 %; +47,1 %. Таксама значныя паказчыкі тэмпу росту маюць месца сярод асов ва ўзросце звыш 70 год: +3,0 %; +5,7 %; +10 %; +11,4 %, $p < 0,05$.

Такім чынам, найбольшы рост колькасці насельніцтва адзначаны ва ўзростах 15-19 год, 40 - 44, 50 - 54 гадоў, звыш 70 год. Умераныя паказчыкі тэмпу прыросту адзначаны сярод асов 25 - 29 год (+0,4 %; +0,3 %; +1,4%; + 1,6 %), 45 - 49 год - пры адмоўным значэнні ў 1999 годзе (-0,1 %) у наступным (2000, 2001, 2002 гг.) дадатковыя велічыні тэмпу прыросту: (+0,4 %; +2,7 %; +5,8 %); 60 - 64 гады (+4,6 %; +7,3 %; +5,8 %; +1,1 %, $p < 0,05$). З іншага боку адзначаюцца адмоўныя паказчыкі тэмпу прыросту сярод асов ва ўзросце 30 - 34 гады на працягу 4 год - адпаведна ў 1999, 2000, 2001, 2002 гг. (-3,4 %; -6,1 %; -10,1 %; -13,8 %, у параўнанні з 1998 г. ($p < 0,05$); 55 - 59 год (-12,1 %; -21,1 %; -29,5 %; -32,3 %, $p < 0,05$); 65 - 69 год (-5,3 %; -9,6 %; -13,3 %; -11,1 %, $p < 0,05$).

2. Рост першаснага захворвання пры асобных класах хвароб, якія абумоўліваюць паніжэнне якасці жыцця ў пажылым узросце за кошт развіцця ўскладненняў і прагрэсавання выніку хваробы. У прыватнасці, у Рэспубліцы Беларусь мае месца рост зноў выяўленых выпадкаў эндарынальнай паталогіі. У 1998 г. значэнне паказчыка складала 595,4 тыс. новых выпадкаў, у 1999 г. - (абсалютны дадатак) 7,3 тыс. выпадкаў (тэмпы прыросту склаў 1,2 %), у 2000 г. - адпаведна +33,7 тыс. (+5,7 %), у 2001 г. +32,4 тыс. выпадкаў (+5,4 %).

На фоне павышэння першаснага захворвання на паталогію органаў унутранай сакрэцыі адзначаецца рост колькасці выпадкаў выяўлення цукровага дыябету першага і другога тыпаў. У 1998 г. выяўлена 135,4 тыс. выпадкаў захворвання (база параўнання), у 1999 г. абсалютны дадатак склаў +4,2 тыс. новых выпадкаў (тэмпы прыросту +3,1 %), у 2000 г. - +6,6 тыс. (тэмпы прыросту +4,9 %), у 2001 г. - +23,4 тыс. (тэмпы прыросту +17,3 %).

Пры хваробах органаў дыхання сітуацыя з першасным захворваннем з 2001 г. пачынае паляпшацца і колькасць зноў выяўленых выпадкаў памяншаецца. Калі ў 1998 г. выяўлена 21499,9 тыс. новых выпадкаў, то ў 2001 г. абсалютны дадатак склаў 909,9 тыс. выпадкаў (тэмп прыросту - 4,2 %). Аднак у 1999 і 2000 г. мела месца павелічэнне захворвання, адпаведна +3321,6 тыс. новых выпадкаў (тэмп прыросту +15,4 %) і +562,2 тыс. выпадкаў (тэмп прыросту +2,1 %), $p < 0,05$.

Пры паталогіі органаў дыхання звяртае на сябе ўвагу значная колькасць зноў выяўленых выпадкаў бронхіальнай астмы: у 1998 г. - 29,9 тыс. выпадкаў, 1999 г. - +2,7 тыс. (тэмп прыросту +9 %), 2000 г. - +4,8 тыс. (+16 %), в 2001 г. - +6,9 тыс. новых выпадкаў (+23 %), $p < 0,05$. На працягу двух год мела месца тэнданцыя да павелічэння колькасці зноў выяўленых выпадкаў хваробы сістэмы кровазвароту (1999 і 2000 гг.). Так, у 1998 г. зарэгістравана 4334,0 тыс. новых выпадкаў, 1999 г. абсалютны дадатак склаў 26,0 тыс. (тэмп прыросту +0,6 %), у 2000 г. - 20,0 тыс. (+0,5 %), у 2001 г. мела месца зніжэнне першаснага захворвання - 96,9 тыс. выпадкаў (-2,2 %).

Цалкам у структуры першаснага захворвання ў 1998 г. паталогія тэрапеўтычнага профілю займала 69,5 %, у 1999 г. - 75,8 %, 2000 г. - 70,3 %, 2001 г. - 71,2 %. Прадстаўленыя паказчыкі сведчаць аб высокай медыка-сацыяльнай вартасці паталогіі, неабходнасці павышэння задавальнення патрэбнасці асоб з хранічнымі тэрапеўтычнымі захворваннямі ў рэабілітацыйных мерапрыемствах. Прычым найвялікшае эпідэміялагічнае значэнне маюць такія захворванні, як цукровы дыябет, бронхіальная астма і хранічная абструктыўная хвароба лёгкіх, астэартроз суставаў [1].

3. Высокая ўдзельная вага захворванняў, якія дагэтуль дыягнастуюцца ў недастатковай ступені ці на позніх стадыях. У пажылым і старэчым узросце да такіх адносяцца астэапароз, які згодна з дадзенымі, атрыманымі. падчас дэнсітаметры ў рэпрэзентатыўнай групе насельніцтва, сустракаецца ва ўзросце 70 - 80 год у 20 % выпадкаў, а старэй 80 год - больш чым у 50 %.

4. Захворванні, якія найбольш часта сустракаюцца ў пажылым і старэчым узросце, - асацыяваныя з прагрэсіруючым атэрасклератычным працэсам (розныя формы ІХС, артэрыяльная гіпертэнзія), інвалюцыйнымі дэгенератыўнымі зменамі (астэартроз суставаў, параза страўнікава-кішэчнага тракту, цукровы дыябет II тыпу як праява рэцэпторнай недастатковасці і кампанент інсулінарэзістэнтнасці, паталогія органаў дыхання) у высокай ступені спрыяе зніжэнню якасці жыцця, а пакутваючыя на гэтыя хваробы пацыенты маюць патрэбу ў пастаянным правядзенні рэабілітацыйных мерапрыемстваў.

Такім чынам, эпідэміялагічны стан такі, што адбываецца павелічэнне ўдзельнай вагі асоб пажылога і старэчага ўзросту, павялічваецца іх паталагічная параза захворваннямі, якія ўносяць вялікі ўклад у зніжэнне якасці жыцця. Гэтым абумоўлена ўзрастаючая патрэба пацыентаў пажылога і старэчага ўзросту ў медыцынскай рэабілітацыі, дыктуе неабходнасць прыстасавання рэабілітацыйнай службы для іх патрэб.

У сувязі з высокай патрэбнасцю ў медыцынскай рэабілітацыі актуальным, з нашага пункту гледжання, з'яўляюцца наступныя акцэнты арганізацыі рэабілітацыйнай службы [2]:

1. Медыцынскую рэабілітацыю пацыентаў пажылога і старэчага ўзросту з хранічнай тэрапеўтычнай паталогіяй неабходна разглядаць як бесперапынны кантынуум мерапрыемстваў, якія праводзяцца на этапах паліклініка - стацыянар - мясцовы санаторый, а таксама ў хатніх умовах.

2. Тэхналагічныя аспекты арганізацыі сістэмы этапнай медыцынскай рэабілітацыі пацыентаў пажылога і старэчага ўзросту з хранічнымі захворваннямі тэрапеўтычнага профілю змяшчаюць у сабе стандартызацыю рэабілітацыйнага працэсу. Стандарт медыцынскай рэабілітацыі мы вызначаем як нарматыўны дакумент сістэмы стандартызацыі ў ахове здароўя, які рэгламентуе патрабаванні да правядзення рэабілітацыйнай дыягностыкі, складанне індывідуальнай праграмы рэабілітацыі (ППР) і ацэнкі якасці медыцынскай рэабілітацыі.

Стандарт *адбору* пацыента для правядзення трохэтапнай медыцынскай рэабілітацыі ўключае:

- захворванне павінна быць сацыяльна важным, што вызначаецца па яго ўдзельнай вазе ў структуры першаснага і агульнага захворвання, першаснай інваліднасці, зніжэння якасці жыцця;
- наяўнасць у рэабілітанта патэнцыйнай ці рэальнай пагрозы інваліднасці;
- наяўнасць мэтаздольнасці для пачатку праграм фізічнай рэабілітацыі, падбору іншых немедыкаментозных метадаў (фізічныя, рэфлексатэрапія і інш.), якія здольны палепшыць стан хворага і павысіць якасць яго жыцця.

У аснове стандартаў *рэабілітацыйнай дыягностыкі* ў сістэме этапнай медыцынскай рэабілітацыі павінны знаходзіцца як метады, неабходныя для ўсіх пацыентаў тэрапеўтычнага профілю, так і пазаспецыфічныя. Аснова рэабілітацыйнай дыягностыкі закладваецца на паліклінічным этапе, дзе ў мінімальны стандарт мэтаздольна ўключаць тэсты на выяўленне фізічнай працаздольнасці (напрыклад, тэст з 6-хвіліннай хадой як найменш траўматычны ў пажылым і старэчым узросце), тэсты на выяўленне якасці жыцця.

Распрацаваныя намі стандарты складання індывідуальнай праграмы рэабілітацыі ўлічваюць тое, што для паліклінічнага этапу характэрна правядзенне бытавой адаптацыі, трэніроўка функцый самаабслугоўвання і ў выпадку неабходнасці - працаздольнасці шляхам правядзення працяглых і бесперапынных фізічных практыкаванняў. На санаторным этапе ў асноўным здзяйсняецца падбор немедыкаментозных метадаў лячэння ў рэабілітацыі, якія складаюцца як з прэфармаваных, так і натуральных фактараў, вывучэнне іх перанасімасці. Гэта павінна спрыяць павышэнню агульнага адаптыўнага фону. У стацыянарных аддзяленнях медыцынскай рэабілітацыі ажыццяўляецца падбор медыкаментознай тэрапіі для купіравання абвастрэнняў (дэкампеенсацый), падбор аптымальнага рэжыму фізічных практыкаванняў для забеспячэння іх перанасімасці, нават на фоне абвастрэння. Пры неабходнасці, асабліва ў выпадку патрэбы выкарыстоўвання інвазіўных метадаў дыягностыкі, якія не могуць быць праведзены на паліклінічным этапе, у стацыянарных умовах праводзіцца ўдакладненне клініка-функцыянальнага і экспертна-рэабілітацыйнага дыягназаў.

Агульным для ўсіх этапаў з'яўляецца правядзенне рэабілітацыйных трэніруючых праграм на фоне падтрымліваючай тэрапіі; назначэнне метадаў ЛФК, псіхатэрапіі, рэфлексатэрапіі, адукацыйных мерапрыемстваў.

На паліклінічным этапе доўгатэрміновыя кампенсаторныя рэакцыі, бытавая адаптацыя дасягаюцца шляхам назначэння лячэбнай гімнастыкі групавым метадам, дазіраванай хады, эргатэрапіі.

На санаторным этапе дадаткова назначаюцца такія кінезатэрапеўтычныя мерапрыемствы, як тэрэнкур, гідрабальнеатэрапія з элементамі ЛФК.

Ва ўмовах стацыянару, у параўнанні з іншымі этапамі медыцынскай рэабілітацыі, даставерна часцей рэкамендуецца лячэбная гімнастыка індывідуальным метадам. Пры гэтым найменшая інтэнсіўнасць адзначана ў стацыянарных умовах, найбольшая - у санаторных.

На паліклінічным этапе нарузкі носяць сярэднявыражаны характар. З відаў фізіятэрапеўтычнага ўдзеяння на паліклінічным этапе медыцынскай рэабілітацыі найбольш часта назначаюцца гальванізацыя і лекавы электрафарэз, магнітатэрапія, светалячэнне. На этапе стацыянару былі рэкамендаваны імпульсныя токі высокай частаты, ультразвукавая тэрапія, светалячэнне, масаж.

Ацэнка эфектыўнасці трохэтапнай медыцынскай рэабілітацыі хворых тэрапеўтычнага профілю праводзіцца на амбулаторна-паліклінічным этапе па наступных крытэрыях, якія складаюць падмурак стандарту:

- дынаміка суб'ектыўных скаргаў;

- дынаміка аб'ектыўных і лабараторна-інструментальных дадзеных. Пры гэтым супастаўляюцца канкрэтныя лічбавыя дадзеныя інструментальных і лабараторных метадаў даследавання (напрыклад, аб'ём фарсіраванага выдыху за першую хвіліну); змены ў ступені абмежавання жыццядзейнасці, напрыклад, паляпшэнне здольнасці да руху; прафілактыка інваліднасці; устанавленне інваліднасці, але меншай трупы, чым тэта было верагодна да пачатку рэабілітацыі; выяўленне якасці жыцця.

3. Павышэнне значнасці псіхалагічнага аспекту рэабілітацыі на ўсіх этапах арганізацыі медыцынскай дапамогі. Гэта абумоўлена высокай распаўсюджанасцю псіхатычных адхіленняў (да 70 - 90 %): дэпрэсій, астэнаіпахандрычнага, фабічнага сіндромаў, якія пры адсутнасці адэкватнай курацыі могуць звесці ўсе намаганні рэабілітолагаў да нуля.

4. Рэалізацыя маркетынговых норм кіравання рэабілітацыйнай службай. Пры вывучэнні праблемы маркетынгу ў дзейнасці рэабілітацыйнай службы выяўлена, што значную частку спажывецкага рынку займае медыцынская рэабілітацыя, якая разглядаецца як спецыфічная паслуга і адрозніваецца ад іншых паслуг тым, што прадстаўляецца на ўсіх этапах арганізацыі медыцынскай дапамогі. У сувязі з тым, што большая частка аддзяленняў медыцынскай рэабілітацыі ў нашай краіне працуюць на базе агульнасаматычных устаноў дзяржаўнай формы ўласнасці, асобае значэнне набывае канцэпцыя недыферэнцыванага маркетынгу, у аснове якой знаходзяцца мерапрыемствы па павышэнні культуры абслугоўвання пажылога насельніцтва.

Пры адборы пацыентаў і складанні ППР трэба ўлічваць, што ў многіх выпадках мае месца непрыцягальнасць медыцынскай рэабілітацыі ў сувязі з рэнтнай устаноўкай хворага, большая частка патрабаванняў рэабілітанта адносіцца да скрытых ці адмоўных, што актуалізуе значнасць стварэння ўстаноўкі на правядзенне медыцынскай рэабілітацыі, наяўнасць высокай ступені ўплыву сацыяльных немедыцынскіх фактараў [3].

Для складання маркетынговых праграм трэба ўлічваць важкасць фарміравання патрэбы насельніцтва ў медыцынскай рэабілітацыі (вывучэнне ўплыву немедыцынскіх фактараў на рэабілітанта, актыўнае фарміраванне пазітыўнай грамадскай думкі аб медыцынскай рэабілітацыі, правядзенне мэтакіраванага сегментавання рынку), фарміраваць прапановы на рынку медыцынскіх паслуг (распрацоўка

стандартаў медыцынскай рэабілітацыі, папулярызация складу рэабілітацыйных мерапрыемстваў, павышэнне кваліфікацыйнага ўзроўню медыцынскага персаналу, які ажыццяўляе рэабілітацыю), рэгуляваць попыт на ўжыванне метадаў медыцынскай рэабілітацыі (чынам сертыфікацыі паслуг, устанаўлення аптымальнага кошту, стымулявання спажываўцоў паслуг), рэгуляваць урачэбную дзейнасць шляхам укаранення распрацаванай намі сістэмы кіравання якасцю медыцынскай рэабілітацыі.

Практычная рэалізацыя маркетынговых прынцыпаў кіравання сістэмай этапнай медыцынскай рэабілітацыі дазваляе аптымізаваць адбор хворых на медыцынскую рэабілітацыю, павысіць эфектыўнасць дзейнасці службы, накіраваць намаганні ў адносінах да асоб, якія сапраўды зацікаўлены ў медыцынскай рэабілітацыі.

Такім чынам, сягоння мае месца павышэнне запатрабаванасці медыцынскай рэабілітацыі асоб старэчага і пажылога ўзростаў у сувязі з павышэннем іх агульнай вагі ў папуляцыі, а таксама высокага ўзроўню паталагічнага захворвання, прычым асобае месца займаюць хронічныя захворванні тэрапеўтычнага профілю.

Важнымі аспектамі арганізацыі рэабілітацыйнай дапамогі пажылым з'яўляецца:

- укараненне такіх тэхналогій, якія забяспечылі б неперапыннасць рэабілітацыйнага ўмяшальніцтва, уключаючы медыцынскую рэабілітацыю не толькі на этапах паліклініка - стацыянар - санаторый, але і ў хатніх умовах;

- стандартызацыя медыцынскай рэабілітацыі;

- акцэнтаванне псіхалагічнага аспекту медыцынскай рэабілітацыі;

- ужыванне сучасных маркетынговых прынцыпаў арганізацыі медыцынскай рэабілітацыі асоб пажылога і старэчага ўзростаў.

ЛІТАРАТУРА

1. Ильницкий А.Н., Вальчук Э.Э. Организация этапной медицинской реабилитации больных терапевтического профиля. - Мн.: Беларуская навука, 2003. - 317 с.
2. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Хроническая сердечная недостаточность: лечение и реабилитация в амбулаторной практике. - Мн.: ДокторДизайн, 2004. - 74 с.
3. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Семенов И.П. Очерки о хронической обструктивной болезни легких. - Мн.: ПаркусПлюс, 2005. - 72 с.