УДК 616.12–008.331.1

ПРОБЛЕМЫ ПРИВЕРЖЕННОСТИ К ЛЕЧЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТОНИЕЙ В Г. КРАСНОЯРСКЕ В РАМКАХ ОРГАНИЗАЦИОННО-ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ

[1]Давыдов Е.Л., [1,2]Яскевич Р.А., [1]Кусаев В.В., [1]Алексеев И.А.

[1]ГБОУ ВПО «КрасГМУ им. проф. Ф.В. Войно–Ясенецкого» МЗ РФ, Красноярск, e-mail: devgenii@bk.ru;

[2]ФГБНУ «Научно–исследовательский институт медицинских проблем Севера», Красноярск, e-mail: cardio@impn.ru

В статье представлена авторская организационно–функциональная модель оказания медико–социальной помощи пациентам пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией (АГ) в крупном промышленном городе Восточной Сибири – г. Красноярске с учетом приверженности к лечению. В рамках разрабатываемой программы «Старшее поколение» представлено модернизация гериатрической службы – амбулаторно–поликлинической, стационарной структуры и «Скорой помощи». Представлены авторские методики: комплексная оценка приверженности к лечению в прогнозировании эффективности терапии артериальной гипертонии у больных пожилого возраста и паспорт геронта. Паспорт геронта может быть как самостоятельной формой медицинской документации, так и приложением к программному обеспечению «Электронная амбулаторная карта» и «Электронная история болезни». Все эти меры возможны при интеграции имеющегося в наличии материального обеспечения между органами социальной защиты населения и органами здравоохранения Красноярского края.

Ключевые слова: артериальная гипертония, пожилой и старческий возраст, медико–социальная помощь

PROBLEMS ADHERENCE ELDERLY PATIENTS WITH ARTERIAL HYPERTENSION IN KRASNOYARSK WITH IN THE ORGANIZATIONAL AND FUNCTIONAL MODEL OF HEALTH AND SOCIAL CARE

[1]Davidov E.L., [1,2]Yaskevich R.A., [1]Kusaev V.V., [1]Alekseev I.A.

[1]State budget institution of higher professional education «Krasnoyarsk State Medical University named after Professor V.F. Voino–Yasenetzkiy» Ministry of Health of the Russian Federation, Krasnoyarsk, e–mail: devgenii@bk.ru;

[2]Federal State Budgetary Scientific Institution «Scientific Research Institute of medical problems of the North», Krasnoyarsk, e–mail: cardio@impn.ru

The article presents the author organizational and functional model of the provision of medical and social care to patients of elderly and senile patients with arterial hypertension in a large industrial city in Eastern Siberia – Krasnoyarsk. As part of the program developed by «Old Generation» is represented by the modernization of geriatric services – outpatient, inpatient structure and «Ambulance». The author's method: comprehensive assessment of adherence to treatment in predicting the effectiveness of treatment of hypertension in elderly patients and gerontius passport. Gerontius passport can be as an independent form of medical documentation and application software «Electronic patient card» and «Electronic medical history». All these measures are possible with the integration of the available material support between the social security bodies and health authorities of the Krasnoyarsk Territory.

Keywords: arterial hypertension, elderly and senile age, health–social care

Среди наиболее важных проблем, стоящих перед мировым сообществом в наступившем XXI в., остается прогрессирующее старение населения [1-9]. Распространенность АГ в общей популяции составляет 15–25 %, у лиц старше 60 лет она значительно выше. По данным анализа национальной репрезентативной выборки, в России распространенность АГ после 60 лет превышает 60 %, а после 80 лет приближается к 80 %. Борьба с АГ перешла из медицинской проблемы в разряд общегосударственных. Социальные проблемы процесса старения нивелируют достижения медицинских практик поддержания здоровья при АГ, в результате жизненный курс пожилого человека превращается в стратегию «дожития» и «преодоления», а не полноценного включения, предусмотренного государственной программой народосбережения России, согласно концепции программы «Активное долголетие» 2016–2020» [6, 10-12].

Цель исследования: Изучение приверженности к лечению для создания модели оказания медико–социальной помощи пациентам старших возрастных групп с АГ в г. Красноярске.

Методы работы с геронтами, в зависимости от интегрального коэффициента приверженности к лечению (баллы)

< 6	6–12	> 12
● совместная работа с органами социальной защиты; ● дневной стационар и стационар на дому, ● консультативное отделение Городского гериатрического центра, ● программа телефонного консультирования по вопросам диагностики и лечения АГ «Тревожный звонок», ● ежегодные госпитализации в гериатрические круглосуточные стационары терапевтического и кардиологического профиля, ● посещение выездными комплексными бригадами специалистов по месту их проживания.	● гериатрические отделения поликлиник совместно со специалистами медико–социальной службы, ● обучение в «Школе больных с АГ», ● реабилитационные методики (физиотерапевтические процедуры, дозированные физические нагрузки, ЛФК), ● консультации клинического фармаколога ● психологическое консультирование.	● наблюдение терапевта–гериатра ● лечение в дневном стационаре гериатрического отделения или в медико–социальном отделении поликлиники.

Результаты исследования и их обсуждение

По нашему мнению, необходимо дифференцированно подходить к отбору пациентов старших возрастных групп с АГ для направления в дневной стационар и организации стационара на дому, а также наблюдения в гериатрических медико–социальных отделениях поликлиник и кабинетах гериатров по месту жительства.

Для этого целесообразно использовать нашу авторскую методику комплексной оценки приверженности к лечению в прогнозировании эффективности терапии артериальной гипертонии у больных пожилого возраста (патент № 2446736, от 10.04.2012 г.), позволяющую разделить пациентов в зависимости от степени приверженности и проводить с ними лечебно–диагностические мероприятия как в амбулаторных условиях, так и в стационаре на дому и в дневном стационаре.

Нами был разработан интегральный коэффициент приверженности к лечению, в котором учитывались жилищно–бытовые и социальные условия обследуемого, наличие факторов риска АГ, самооценка здоровья пациента, показатели качества жизни, психологические характеристики больного АГ и оценки фармакотерапии и качества лечения в поликлинике и стационаре, на основании данного коэффициента был разработан прогноз эффективности лечения АГ (таблица).

Коэффициент приверженности к лечению – является динамическим показателем, который изменяется на фоне социально–экономических проблем пациента, проводимых лечебно–диагностических мероприятий и изменения когнитивных функций геронтов, поэтому его необходимо определять в течение 3, 6 и 12 месяцев с начальной оценки коэффициента, а затем ежегодно, с динамикой коэффициента приверженности целесообразно проводить коррекцию прогноза эффективности лечения АГ и объем лечебно–диагностических мероприятий у пациентов геронтов.

На сегодняшний день в г. Красноярске работает только один профильный стационар для гериатрических пациентов – КГБУЗ «Госпиталь ветеранов войн», однако, кроме пациентов–геронтов со всего Красноярского края он оказывает медицинскую помощь участникам и ветеранам боевых действий (в Афганистане, в Северо–Кавказском регионе (СКР)), выполняя их медицинскую и социальную реабилитацию, мощностей его коечного фонда недостаточно.

В связи с чем, целесообразно рассмотреть вопрос о создании гериатрической многопрофильной больницы, либо создать гериатрические отделения на базе многопрофильных стационаров различного профиля: терапевтического, кардиологического, неврологического, урологического, травматологии и ортопедии (с выделением коек для эндопротезирования), геронтопсихиатрического. Учитывая, что в г. Красноярске на базе КГБУЗ «Красноярской межрайонной больницы № 2» есть хосписное отделение, где преобладают лица старших возрастных групп, целесообразно его включение в состав гериатрического стационара.

Городской гериатрический центр (ГГЦ) может включать в себя лечебно–консультативное отделение, где оказывается помощь пациентам, которые направляются из районных гериатрических отделений, в связи с тяжестью состояния, наличием ассоциированных и коморбидных состояний, необходимостью углубленного обследования пациентов. В структуру этого отделения необходимо включить врачей: гериатра,

психотерапевта, врача ЛФК, гинеколога, кардиолога, невропатолога, офтальмолога, психолога, специалиста по остеопорозу, стоматолога (терапевта и ортодонта, а при наличии достаточного объема финансирования целесообразно включение и ставок врачей–ортопедов с последующем выделением в структуре центра самостоятельного стоматологического отделения), травматолога–ортопеда, уролога, хирурга, эндокринолога, также в составе отделения необходима работа кабинетов функциональной диагностики (ЭКГ, Эхо–КГ, СМАД, суточное мониторирование ЭКГ по Холтеру, спирография) и ультразвукового исследования почек, надпочечников, сосудов и лабораторной службы.

Учитывая возрастной контингент, который посещает городской сурдологический центр (расположенный на базе городской поликлиники № 2), целесообразно и его присоединение к городскому гериатрическому центру. Из–за трудностей в посещении пациентами старших возрастных групп городского гериатрического центра целесообразно оказание на его базе дистанционной консультативной медицинской помощи с внедрением современных технологий телемедицины.

В связи с необходимостью организационно–методической поддержки деятельности городской гериатрической службы, ее структурных подразделений их взаимодействия между собой и с внешними структурами органов здравоохранения и социальной защиты населения необходимо создание в структуре центра организационно–методического отдела, основными функциями которого являлось бы обеспечение методического контроля за деятельностью службы и качеством оказания медицинской помощи населению по гериатрии, разработка программ и методических рекомендаций по совершенствованию гериатрической службы, анализ медико–статистической информации о состоянии здоровья лиц пожилого и старческого возраста и деятельности учреждений гериатрического профиля в г. Красноярске, организация текущего контроля выполнения медико–экономических и медико–социальных стандартов, внедрение современных технологий организации работы, профилактики, диагностики и лечения болезней в структурных подразделениях гериатрической службы, содействие в реализации целевых региональных, федеральных и международных проектов и программ, направленных на совершенствование медико–социальных услуг людям пожилого и старческого возраста (краевая и федеральная программы «Старшее поколение», «Российский регистр долгожителей», «Исследование глобального старения и здоровья взрослых – Study on Global Ageing and Adult Health (SAGE)».

Как было указано выше, целесообразно создание централизованного городского гериатрического call–центра, с единым бесплатным городским либо федеральным многоканальным телефонным номером (например, на базе городского геронтологического центра), Он может быть использован не только с целью записи пациентов на прием в гериатрические отделения поликлиник и городской геронтологический центр, но и для создания на базе регистратуры центра круглосуточного диспетчерского пункта «Тревожный звонок», когда один оператор (со средним медицинским образованием) отвечает в вечернее и ночное время на телефонные звонки с сообщением о проблемах пациентов геронтов и принимает решение о необходимой помощи. Причины звонков могут быть связаны не только с ухудшением состояния здоровья, но и с различными экстренными ситуациями – коммунальные аварии, падения, попытки проникновения в квартиру посторонних лиц. В таких случаях диспетчеры могут вызвать пожарную службу, полицию, бригаду «Скорой помощи», аварийную службу газового или коммунального хозяйства. Это актуально для одиноко проживающих геронтов, у кого нет родственников или они проживают отдельно. Внедрение телефонного консультирования позволяет снизить экономические издержки, за счет снижения количества вызовов бригад «Скорой помощи», участковых терапевтов и госпитализации больных в стационар (так по данным территориального фонда медицинского страхования стоимость вызова «Скорой помощи» по поводу гипертонического криза составляет в среднем 1674 рубля, а стоимость лечения в стационаре по поводу декомпенсации АГ 9299 рублей). Также использование многоканального телефона возможно для оповещения геронтов, пользующихся НСУ, о поступлении в аптечные учреждения ЛС, находившихся в дефектуре.

Необходимо на всех районных подстанциях «Скорой помощи» в г. Красноярске предусмотреть создание 1–2 специализированных гериатрических бригад, которые выезжали бы на вызовы лицам старческого (а по возможности и пожилого) возраста, либо создание самостоятельного отделения скорой медицинской помощи при городском гериатрическом центре (на сегодняшний день в Российской Федерации такое отделение имеется только в г. Йошкар–Ола, при Республиканском клиническом госпитале ветеранов войн). К геронтам не всегда выезжают специалисты скорой помощи, так

как есть мнение, что эта группа пациентов очень часто преувеличивает тяжесть своего состояния. В то же время, по нашим данным, от 26,1 до 50,0% пациентов в группах не вызывают скорую помощь при необходимости, из–за долгого ожидания медицинской помощи и неадекватной медицинской помощи. Целесообразна интеграция имеющегося в наличии материального обеспечения между органами социальной защиты населения и органами здравоохранения Красноярского края. В настоящее время, основная роль в оказании медико–социальной помощи принадлежит органам социальной защиты, основные функции этой системы лежат в плоскости адекватного ухода и социальной помощи, в то время как оказание качественной медицинской помощи в большей степени отходит в этих учреждениях на второй план. Возможно переподчинение органам здравоохранения г. Красноярска этих учреждений, и создание медико–социальных отделений на их базе, либо усиление медицинского направления в их структуре, что, однако, имеет некоторую ограниченную нормативную законодательную базу (вопросы медицинского стажа, присвоения квалификационных категорий и т.д.).

Практически отсутствует последипломное обучение по геронтологии и гериатрии специалистов с высшим медицинским образованием (это проблема актуальна для большинства медицинских вузов РФ, так как на сегодняшний день в них открыто лишь 15 кафедр и курсов геронтологии и гериатрии), что затрудняет подготовку врачебных кадров. В Сибирском Федеральном округе (СФО) подготовкой кадров в рамках последипломного образования врачей занимается только кафедра геронтологии и гериатрии Иркутского государственного института усовершенствования врачей (ИГИУВ), которая, безусловно, не может удовлетворить потребность в специалистах данной сферы (численность населения старше 60 лет в Сибирском Федеральном округе свыше 3,7 миллиона человек).

Необходимо создания учебного курса «Геронтология и гериатрия», с целью обучения, как студентов, так и врачей на этапе последипломного образования (в размере 144 учебных часов, с выдачей сертификата). При этом наряду с первичной переподготовкой врачей по специальности «Гериатрия», целесообразно включение лекционного курса по данной специальности в объеме 12 часов в подготовку врачей по всем клиническим дисциплинам, оказывающим медико–профилактическую помощь взрослому населению.

Нами предложена следующая организационно–функциональная модель оказания медицинской помощи пациентам старших возрастных групп с АГ (Схема).

Организационно-функциональная модель оптимизации медицинской помощи пациентам старших возрастных групп с артериальной гипертонией

Базовый уровень	Организационные мероприятия I порядка	Организационные мероприятия II порядка	Ожидаемая эффективность мероприятий
Показатели здоровья населения 1. осложнения АГ. 2. показатели качества жизни, приверженности к лечению, тревожно-депрессивных состояний, отношения к болезни 3. оценка уровня медицинской помощи геронтам. 4. комплексная медико-социальная оценка геронтов. 5. уровень геронтологических знаний врачей терапевтов и кардиологов	Интеграция врачей терапевтов в систему гериатрической лечебно–профилактической помощи Организация самооценок здоровья пациентов Разработка показателей для определения эффективности лечения. Разработка стандартов для лечения, реабилитации и профилактики (ОСТ «Артериальная гипертония пожилых») Разработка стандартов социальной помощи геронтам с АГ	Создание гериатрических кабинетов и отделений поликлиник Организация дневных стационаров и стационаров на дому. Подготовка врачей гериатров и средних медицинских работников на базе КрасГМУ им. проф. В.Ф. Войно–Ясенецкого Создание многопрофильного гериатрического стационара Организация специализированных гериатрических бригад «Скорой помощи»	1. уменьшение осложнений АГ. 2. улучшение показателей качества жизни, приверженности к лечению, тревожно–депрессивных состояний, отношения к болезни. 3. повышение уровня медицинской помощи геронтам. 4. снижение количества вызовов «Скорой помощи» 5. снижение обращаемости в амбулаторно–поликлинические медицинские организации 6. повышение уровня знаний врачей терапевтов и кардиологов по вопросам гериатрии и геронтологии

↓

Целевая комплексная программа оказания помощи пациентам старших возрастных групп с артериальной гипертонией

Также в рамках данной модели предложено создать «Медико–социальный паспорт больного артериальной гипертонией пожилого и старческого возраста», включающий основные интегративные характеристики больных АГ.

Медико–социальный паспорт геронта, больного АГ включает в себя пять разделов, показывающих медицинские и социальные показатели геронта. Данный паспорт позволит дать оценку эффективности лечебно–профилактических и реабилитационных мероприятий.

Первый раздел паспорта – семейное состояние больных и социально–гигиенические характеристики геронтов с АГ. Второй раздел: медицинское состояние пациента. Он включает карту с подробным анамнезом о наличии хронических и наследственных заболеваниях, подробные данные объективного осмотра и описание здоровья пациента. Третий раздел: медико–социальное состояние геронта. Четвертый раздел: реабилитационный и лечебно–профилактический маршрут пациента старших возрастных групп с АГ, индивидуальная программа реабилитации пациента. Пятый раздел: динамическое наблюдение за эффективностью лечебно–профилактических и реабилитационных мероприятий, их оценка. Паспорт геронта может быть как самостоятельной формой медицинской документации, так и приложением к программному обеспечению «Электронная амбулаторная карта» и «Электронная история болезни».

Выводы

Целесообразно создание централизованного городского гериатрического call–центра, с единым бесплатным городским либо федеральным многоканальным телефонным номером. Необходимо на всех районных подстанциях «Скорой помощи» в г. Красноярске предусмотреть создание 1–2 специализированных гериатрических бригад. Паспорт геронта может быть как самостоятельной формой медицинской документации, так и приложением к программному обеспечению «Электронная амбулаторная карта» и «Электронная история болезни». Все эти меры возможны при интеграции имеющегося в наличии материального обеспечения между органами социальной защиты населения и органами здравоохранения Красноярского края.

Список литературы

1. Артюхов И.П., Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. Социально–экономическая характеристика больных с артериальной гипертонией старших возрастных групп // Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №6. – С. 78–83.

2. Викторова И.А., Лисняк М.В., Трухан Д.И. Влияние социально–демографических и психологических факторов на приверженность к антигипертензивной терапии // Сибирское медицинское обозрение. – 2014. – №5. – С. 75–78.

3. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Медико–социальные аспекты и качество жизни пациентов с артериальной гипертонией старших возрастных групп // Медицина и образование в Сибири (электронный научный журнал). – 2012. – № 4.– С. 15.

4. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Роль медико–социальных факторов у пациентов старших возрастных групп с артериальной гипертонией // Бюллетень Восточно–Сибирского научного центра СО РАМН. – 2012. – № 6 (88). – С. 113–118.

5. Давыдов Е.Л., Капитонов В.Ф., Харьков Е.И. и др. Социально–экономические и медико–организационные проблемы оказания скорой и амбулаторно–поликлинической помощи пациентам пожилого и старческого возраста с артериальной гипертонией (по данным социологического мониторинга) // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, №4. – С. 707–713.

6. Давыдов Е.Л., Харьков Е.И., Волжанина Т.Ю. и др. Комплаенс больных артериальной гипертонией старших возрастных групп // Медицинский вестник МВД. – 2011. – №4. – С. 12–14.

7. Давыдов Е.Л., Яскевич Р.А., Кусаев В.В. Медико–социальная помощь в рамках организационно–функциональной модели пациентам старших возрастных групп с артериальной гипертонией в г. Красноярске // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2016. – № 3–1. – С. 54–59.

8. Каспаров Э.В., Гоголашвили Н.Г., Прахин Е.И., Тучков А.А. Ожирение, избыток массы тела и сердечно–сосудистые заболевания (современные подходы к предупреждению ургентных последствий) // Доктор.Ру. – 2012. – № 10 (78). – С. 40–42.

9. Поликарпов Л.С., Деревянных Е.В., Яскевич Р.А., Балашова Н.А. Особенности приверженности к лечению артериальной гипертонии среди женщин пожилого возраста // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 5. – С. 490.

10. Поликарпов Л.С., Хамнагадаев И.И., Манчук В.Т. и др. Социально–эпидемиологическая характеристика артериальной гипертонии в условиях Севера и Сибири // Сибирское медицинское обозрение. – 2008. – № 4. – С. 92 – 95.

11. Харьков Е.И., Давыдов Е.Л., Гринштейн Ю.И., Кусаев В.В. Особенности фармакотерапии в пожилом и старческом возрасте. Сообщение 1 // Сибирский медицинский журнал (Иркутск). – 2010. – № 5. – С. 131–134.

12. Яскевич Р.А., Деревянных Е.В., Поликарпов Л.С. и др. Оценка качества жизни у пожилых мигрантов Крайнего Севера в период реадаптации к новым климатическим условиям // Успехи геронтологии.– 2013. – Т. 26, № 4. – С. 652–657.