

Шапкін В.Є.,

*доцент кафедри загальної практики –
сімейної медицини та внутрішніх хвороб*

Харківського національного медичного університету

РОЛЬ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ В НАДАННІ МЕДИЧНОЇ ДОПОМОГИ ПОХИЛИМ СІМ'ЯМ

Анотація: Стаття присвячена оптимізації роботи лікарів загальної практики – сімейної медицини з геронтологічними пацієнтами, які складають значний прошарку населення країни. Розглянуто соматичні, психологічні аспекти роботи сімейних лікарів. Зроблено акцент на поліморбідність, позалікарняне спостереження і проблему необґрунтованих госпіталізацій геронтологічних пацієнтів. Окремо висвітлена участь лікарів загальної практики у наданні медико-соціальної допомоги пацієнтам похилого віку.

Аннотация: Статья посвящена оптимизации работы врачей общей практики - семейной медицины с геронтологическими пациентами, составляющими значительную прослойку населения страны. Рассмотрены соматические, психологические аспекты работы семейных врачей. Сделан акцент на полиморбидность, внебольничное наблюдение и проблему необоснованных госпитализаций геронтологических пациентов. Отдельно освещено участие врачей общей практики в оказании медико-социальной помощи пациентам пожилого возраста.

Summary: The article is dedicated to the optimization of general practice - family medicine curation of gerontological patients - a significant segment of the population of the country. The paper presented somatic, psychological aspect of the family doctors work. The article stressed on polymorbidity, outpatient observation and unnecessary hospitalizations problem. Also presented general practitioners participation at health and social care for elderly patients.

У наш час в індустріально розвинених країнах спостерігається процес збільшення середньої тривалості життя, який разом з проблемою невеликої народжуваності призводить до феномену «старіння населення». Європейське регіональне бюро ВООЗ прийняло наступну класифікацію людей похилого віку: від 60 до 74 років - літні, від 75 до 89 років - старі, а 90 років і більше - довгожителі. Слід зазначити, що при наявності більш ніж 8% населення віком більше 65 років воно вважається похилим [1]. А в Україні – цей показник становить біля 20%. Збільшення чисельності осіб похилого віку супроводжується зміною медичної ситуації в популяції. Успіхи сучасної медицини дозволяють більшості хворих з хронічною патологією дожити до старості, але не виліковують власне хронічні процеси. Вищезначені чисельні зміни та якісні особливості похилих хворих призвело навіть до формування нового напрямку медицини - геронтології та геріатрії.

Геронтологічні хворі лікуються різними фахівцями. В даний час лікарів-геріатрів в практичній охороні здоров'я ще дуже мало. Як і раніше більша частина роботи з діагностики, лікування, реабілітації літніх хворих в амбулаторіях, дільничних та районних лікарнях, а також в поліклініках лягає на плечі дільничного терапевта або лікаря загальної практики (сімейного лікаря), тобто проектується в область первинної медичної допомоги. Взагалі, з появою сімейної медицини потенційні можливості допомоги геронтологічним пацієнтам істотно розширюються. У сімейного лікаря є певна перевага в порівнянні з терапевтами та вузькими спеціалістами. Завдяки поліпрофільній спрямованості своєї роботи значно полегшується

курація хворих із захворюваннями, де виражена полісиндромність і поліорганність, які так характерні для хворих похилого віку. Тому на лікарів загальної практики – сімейної медицини лягає основний тягар роботи з хворими похилого віку.

Надання медичної допомоги хворим похилого віку не є тільки суто медичною проблемою. Соціальний аспект при цьому грає не меншу роль. Серед населення старших вікових груп експерти ВООЗ рекомендують виділяти категорії пацієнтів медико-соціального ризику. До них відносяться люди похилого та старечого віку, що мають високий ризик погіршення здоров'я, соціального та економічного становища [2]:

- особи у віці 80-90 років і старше;
- громадяни старечого віку, що живуть самотньо, в тому числі вдови;
- сім'ї старих, які живуть ізольовано, у тому числі бездітні пари;
- пацієнти з тяжкими захворюваннями або фізичними вадами;
- громадяни, які змушені жити на мінімальну державну або соціальну допомогу.

А це – лев'яча частка усіх геронтологічних пацієнтів.

Найбільш загрозливими станами для цієї категорії населення є трудність пересування, порушення зору і слуху, порушення психіки (депресія, деменція), розвиток остеопорозу, травм. Природно, що старі пацієнти медико-соціального ризику особливо потребують постійного спостереження і кваліфікованої допомоги різних служб, особливо лікарів ланки первинної медико-соціальної допомоги - сімейних лікарів.

Літні люди, мають спільні, більш-менш виражені, риси, що обумовлені старінням органів і систем. До психологічних особливостей геріатричного пацієнта можуть бути віднесені:

- підвищена тривожність, недовірливість;
- схильність до замкнутості, депресії;
- виражений дефіцит спілкування, що посилюється незвичною обстановкою;

- неадекватна оцінка симптомів наявних захворювань: схильність до агравації (перебільшення наявних ознак хвороби), або до дисимуляції (віднесення патологічних змін до вікових);

- більш тривалі, порівняно з людьми зрілого віку, терміни звикання до мінливої обстановки.

Для фізичного стану організму людей похилого віку характерно:

- множинність патології;
- швидке виснаження компенсаторних можливостей органів і систем, що веде до розвитку їх недостатності;
- підвищена чутливість до гіподинамії;
- схильність до дефіциту самоогляду;
- підвищена небезпека травмування при виконанні повсякденних маніпуляцій, переміщеннях;
- повільне відновлення втрачених внаслідок захворювання функцій;
- атиповість проявів захворювань: зазвичай мала вираженість больового синдрому та температурної реакції, «стерта» клінічна картина.

При догляді за геріатричних пацієнтів сімейним лікарям слід враховувати ті фізіологічні обмеження, які частіше викликають відчуття дискомфорту і, таким чином, істотно впливають на якість життя. За даними Перфільєва Г.М. [3], 1998 р., найбільший дискомфорт викликають порушення:

- рухів - 44,0%,
- сну і відпочинку - 36,0%,
- травлення - 33,7%,
- кровообігу - 32,4%,
- дихання - 30,6%,
- дефекації - 28,4%,
- сечовиділення - 24,3%,
- терморегуляції-19,4% ,

- зору - 143%,
- слуху - 7,2%,
- емоційного стану - 253%,
- психічних функцій - 21,2%.

Взагалі, перед суспільством та системою охорони здоров'я (та сімейною медициною) стоять три найважливіші завдання. Серед них найбільш важливим залишається продовження активного життя з мінімальними втратами від розладів, властивих літньому віку. Другим, не менш важливим і складним є боротьба з високою захворюваністю в похилому віці. З віком відбувається своєрідне «накопичення» хвороб. Стара людина має меншу здатність до компенсації, відновленню функцій після перенесених захворювань, операції та травм. Третім завданням є забезпечення гідного завершення життя старіючих людей.

Медико-соціальна допомога особам похилого віку спрямована на лікування наявних у них захворювань, догляд, підтримку активного способу життя та соціальний захист у разі хвороби і нездатності задовольнити свої життєві потреби.

При організації та здійсненні догляду за людьми похилого та старечого віку на дому або в денному стаціонарі сімейному лікарю слід враховувати наступні особливості догляду за геріатричним пацієнтом [3]:

- людині похилого та старечого віку краще лікуватися вдома, а не в стаціонарі;
- при необхідності госпіталізації і для прискорення адаптації до нових умов у перші дні слід максимально знизити вимоги дотримання режиму у відділенні, наближаючи його до домашнього;
- звертатися до пацієнта по імені та по батькові;
- сприяти прагненню пацієнта до зв'язку з родичами;
- забезпечувати доступ до інформації загального порядку (газети, радіо, телебачення), а також до особистої інформації пацієнта (про дієту, правила поведінки при наявних захворюваннях та ін.);

- слід прагнути вивчати і уважно ставитися до індивідуальності пацієнта (сприймання пацієнта як особистість);
- особливу увагу приділяти нормалізації сну, профілактиці травматизму;
- дотримуватися режиму провітрювання, не допускати протягів;
- необхідно багаторазове пояснення порядку проведення всіх лікувальних і діагностичних процедур;
- потрібно збільшити тривалість вербального і невербального спілкування з пацієнтом;
- при проведенні медикаментозного лікування дотримуватися правил фармакотерапії в геріатрії;
- терпимо ставитися до фізичних і психічних недоліків пацієнта, ретельно дотримуватися вимог деонтології.

Лікар загальної практики координує всі види медичної допомоги членам сім'ї, привносить в медицину ту міру індивідуальної відповідальності за хворого і турботи про нього, яка була втрачена в останні роки. Сімейний лікар повинен вміти оцінити здатність літніх пацієнтів до самообслуговування, їх соціальний і психічний статус на основі отриманих даних визначити потребують планової госпіталізації в стаціонар. Треба, щоби лікар загальної практики співпрацював зі соціальним працівником. Така команда допомагає літньому пацієнту добитися соціальної та медичної адаптації, продовжити активне довголіття. Професійні обов'язки сімейного лікаря включають спостереження та лікування хворих похилого віку. У зв'язку з цим питанням геронтології і геріатрії при підготовці сімейного лікаря треба приділити істотну увагу. Престарілим пацієнтам властива поліморбідності, а з позиції сімейного лікаря це вимагає вирішення не тільки суто клінічних питань, але й правових, соціальних, організаційних та ін. Сімейний лікар має отримувати підготовку з геріатрії в рамках інтеграції з іншими клінічними дисциплінами, передбаченими програмою (неврологія, психологія, психіатрія, онкологія та ін.). Слід зазначити необхідність опрацювання лікарями наступних знань [2]:

- функціональні зміни різних органів і систем у осіб похилого та старечого віку;

- особливості симптомів захворювань у похилих пацієнтів;
- труднощі діагностики захворювань та їх ускладнень у літньому віці;
- особливості ведення пацієнтів похилого та старечого віку;
- оцінка стану здоров'я літніх пацієнтів;
- психологія взаємин людей похилого віку в сім'ї.

Сімейний лікар є компетентний у наданні медичної допомоги при більшості поширених хвороб у осіб похилого та старечого віку. Звичайно, неможливо бути фахівцем у всіх областях медицини. Однак сімейний лікар повинен вміти поставити попередній діагноз, надати невідкладну допомогу, визначити оптимальну етапність надання медичної допомоги при тій чи іншій хворобі. Необхідність інтегрального підходу до похилого пацієнта можна показати на прикладі ведення хворого на гіпертонічну хворобу. Перебіг і можливі ускладнення цього захворювання вимагають від сімейного лікаря відповідних знань і умінь не тільки з кардіології. Він повинен враховувати можливість розвитку у пацієнта ускладнень, що відносяться до неврології (гіпертонічна енцефалопатія), нефрології (гіпертензивна нефропатія, ниркова недостатність), офтальмології (гіпертонічна ретинопатія), медицини невідкладних станів (гіпертонічні кризи, інсульт, інфаркт міокарда). Тому при діагностиці та підборі адекватної терапії лікар загальної практики повинен проявити широкий медичний кругозір і продемонструвати вміння маніпулювати самими різноманітними медичними знаннями і технологіями.

Слід зазначити профілактичну спрямованість сучасної сімейної медицини. Пріоритет профілактичного напрямку має величезне значення і в геріатрії. Виявлення факторів ризику, своєчасне лікування старечих недуг дозволяють домогтися підвищення ефективності якості життя і довголіття.

З урахуванням сучасних тенденцій при веденні хворих похилого та старечого віку необхідно робити акцент на позалікарняне спостереження і

рекомендувати утримуватися від часто необґрунтованих госпіталізацій геронтологічних пацієнтів. Як не парадоксально, перебування літньої людини в лікарні стає одним з факторів ятрогенної патології, і не всі лікарі не завжди це усвідомлюють. Госпіталізація до стаціонару літньої людини саме по собі вже створює стресову ситуацію, оскільки порушує сформовані стереотипи, обмежує спілкування з родичами і близькими. Особливо негативно реагують на госпіталізацію літні пацієнти з захворюваннями центральної нервової системи. Сімейний лікар повинен пам'ятати, що несприятливі наслідки госпіталізації хворого похилого віку можуть перевищувати можливу користь, а переваги стаціонарного лікування та спостереження таких пацієнтів часто переоцінюються. Згідно до сучасних тенденції в геріатрії треба як можна довше зберігати звичні життєві умови пацієнтів похилого та старечого віку. Це пояснюється не скільки економічними міркуваннями, а, перш за все, гуманістичною спрямованістю медицини. Тривале позалікарняне спостереження за літнім хворим може оптимально забезпечити саме сімейний лікар. Він має можливість більш часто і тривало стежити за динамікою захворювання та станом свого пацієнта, надавати йому постійну психологічну підтримку, а в необхідних випадках вдаватися до допомоги фахівців - геріатра, невролога, ендокринолога, уролога, кардіолога, онколога та ін.

Окремим аспектом роботи сімейного лікаря є медична реабілітація геронтологічних пацієнтів. Сама використання системи етапності при здійсненні реабілітаційних заходів (стаціонар – амбулаторний заклад - санаторій) має на увазі координатора процесу. І цим координатором має бути сімейний лікар, тим більше, що амбулаторний етап є самим тривалим [4].

З точки зору сімейного лікаря для людей літнього і старечого віку мінімальним завданням реабілітації є відновлення здатності до самообслуговування, що дозволяє відчувати себе незалежним, а максимальним - відновлення працездатності.

Цілями геріатричної реабілітації є [3]:

1) реактивація - підвищення рухової та пізнавальної активності пацієнта;

2) ресоціалізація - забезпечення літніх рівними соціальними

можливостями;

3) реінтеграція - пристосування геріатричного пацієнта до життя в мікросоціальному середовищі.

При проведенні медичної реабілітації сімейним лікарем необхідно дотримання наступних правил:

- проведення реабілітаційних заходів за наміченим планом (необхідно ознайомити з ним пацієнта);

- періодичний, регулярний контроль функцій органів і систем (пульс, число дихальних рухів, артеріальний тиск, загальне самопочуття та ін.);

- підтримувати і формувати віру пацієнта в успіх реабілітаційних заходів, відзначаючи мінімальні позитивні зрушення в стані його здоров'я;

- не робити за пацієнта те, що він може зробити сам;

- заняття повинні бути систематичними, заходи - комплексними.

Важливим елементом роботи сімейного лікаря є питання етики та деонтології. Причому значущість цих питань при курації геронтологічних пацієнтів зростає. Це пов'язано з великою частотою термінальних станів та невиліковних захворювань у даної категорії пацієнтів (насамперед, атрофічні процеси у головному мозку, пізні стадії злоякісних новоутворень, серцево-судинної, легеневої, ниркової, печінкової недостатності та ін.). В цих випадках хворий потребує не стільки суто лікування фізичних розладів, скільки моральної підтримки. Цей аспект роботи стосується не тільки самого хворого, але і його родичів.

В цілому, оптимізація роботи з геронтологічними пацієнтами - це не тільки поліпшення якості життя певного (і досить значного за кількістю) прошарку населення, але й важлива державна задача - громадяни України повинні бути упевнені у своєму майбутньому, у турботі про себе з боку системи охорони здоров'я в тому віці, коли ця турбота є особливо необхідною.

Література:

1. Губачев Ю.М., Макиенко В.В. Гериатрические проблемы семейной медицины, СПб., 2000. - 70 с.
2. Руководство по геронтологии и гериатрии. В 4-х томах. Том 1. Основы геронтологии. Общая гериатрия / Под ред. В. Н. Ярыгина, А. С. Мелентьева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010. - 720 с.
3. Погодина А.Б., Газимов А.Х. Основы геронтологии и гериатрии, Ростов н/Д: "Феникс", 2007. – 253 с.
4. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии / Под ред. члена-корреспондента РАМН В.Х. Равинсона. – СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008. – 778 с.