

В случае если курение служит для привлечения внимания, оно может выступать в качестве коммуникативного приема. Такие люди чувствуют себя социально-востребованными только когда курят, поэтому нуждаются в помощи и поддержке. При этом важно указать на внешние неприятные последствия курения – неприятный запах, ухудшение кожи, желтые пальцы.

Неудачными могут быть попытки бросить курить при нарушении принципа «ни одной затяжки в день»; при употреблении алкоголя в период отказа от курения; при присутствии курильщиков в окружении пациента.

Медицинским работникам важно организовать несколько встреч для закрепления эффекта отказа от курения, совместного обсуждения достигнутых результатов, обсуждения проблемных ситуаций.

МЕЖДУНАРОДНАЯ АССОЦИАЦИЯ ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ И БЕЛОРУССКОЕ РЕСПУБЛИКАНСКОЕ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЕ ОБЩЕСТВЕННОЕ ОБЪЕДИНЕНИЕ: СТРАТЕГИЯ ЗДОРОВОГО СТАРЕНИЯ ДО 2030 ГОДА

А. Н. Ильницкий, К. И. Прощаев

*Автономная некоммерческая организация «Научно-исследовательский
медицинский центр «Геронтология», Россия*

Международная ассоциация геронтологии и гериатрии является крупнейшей международной организацией, которая формирует теоретические представления и предоставляет практические рекомендации по дальнейшему развитию геронтологии и гериатрии в различных странах [1-4]. В 2013 году в состав этой влиятельной организации было принято Белорусское республиканское геронтологическое общественное объединение (БРГОО). Совместная активность данных организаций позволила разработать стратегию достижения здорового старения населения Беларуси до 2030 года, которая была обсуждена на собрании общественного объединения и прошедшей в его рамках международной конференции на базе Витебского областного исполнительного комитета в ноябре 2015 года [БЕЛТА, «Геронтологическое объединение Беларуси готовится к «Декаде здорового старения» 2020 – 2030 годов, 20.11.2015 года; газета Звезда, «Старость с радостью», 8 декабря 2015 года]. Принципиально новым аспектом поддержки людей старших возрастных групп является парадигма здорового старения, которая сменила парадигму активного долголетия.

Парадигма здорового старения подробно обсуждена Всемирной организацией здравоохранения в докладе «Старение и здоровье», вышедшем в 2015 году. В настоящее время рекомендуется уйти от термина «активное долголетие», который заменили на «здоровое старение». При этом «здоровое старение» не означает отсутствие заболеваний, в основе данного понятия находится понятие функциональной способности. Если схематически

представить себе жизнедеятельность человека, то состояние его здоровья (статус) входит во взаимодействие со средой обитания (среда), а этим два компонента и формируют функциональную способность. Например, у пожилого пациента имеет место артроз тазобедренных и коленных суставов с ограничением их подвижности и болевым синдромом (гериатрический статус). В том случае, если среда обитания построена благоприятно, то есть пациент пользуется тростью при передвижении, в квартире нет скользких и неудобных покрытий, во дворе дома имеется безбарьерное пространство, а для дальних передвижений пациент пользуется машиной или скутером, то неудобства, связанные с заболеванием, не ощущаются. При этом пациент с остеоартрозом может быть в такой же степени мобилен, что и человек его же возраста, но без подобной патологии. То есть «здоровое старение» это с одной стороны – комплекс мер по лечению остеоартроза, с другой – такое приспособление среды, когда неудобства пациента, связанные с заболеванием, минимизированы. Иначе говоря – «здоровое старение» - это максимально возможный уровень функциональной способности, который можно достичь на стыке гериатрического статуса (состояние здоровья) и среды. В этой связи БРГОО на региональном уровне рекомендует следующие подходы до 2030 года: развитие терапевтической среды в учреждениях, в которых оказывается помощь пожилым гражданам; развитие гериатрической службы в системе здравоохранения на уровне современных представлений; информирование общества по вопросам геронтологии и гериатрии, начиная со школьного возраста, с целью создания среды, дружественной пожилым людям; развитие на современном уровне стационарных социальных учреждений, оказывающих помощь пожилым гражданам.

БРГОО подробно разработана и внедрена (на базе комитета по труду, занятости и социальной защите Витебского облисполкома) концепция терапевтической среды. Под термином терапевтическая среда в наиболее широком смысле мы понимаем ту часть окружающей среды, которая непосредственно или косвенно оказывает любое воздействие на различные аспекты сущности пациента, находящегося в медицинских и социальных учреждениях с целью осуществления мероприятий профилактических, лечебно-диагностических, реабилитационных, поддерживающих, а также наблюдения и ухода за ним. Значение терапевтической среды и опыт ее внедрения при участии БРГОО был обсужден в рамках методического совета Министерства по труду и социальной защите Республики Беларусь в г.п.Луначарский в июне 2015 года.

До недавнего времени по отношению к лечению и реабилитации пациентов старших возрастных групп применялись общие принципы оказания помощи взрослым пациентам. Однако на протяжении последнего десятилетия в многочисленных исследованиях было показано, что пациенты в возрасте старше 65 лет имеют выраженные психофизиологические особенности, у них иначе, чем в среднем возрасте, протекают процессы фармакодинамики и фармакокинетики лекарственных препаратов. У пациентов старческого возраста, то есть перешагнувших 75-летний рубеж,

цель и задачи медико-социальной помощи вообще иные по сравнению с пациентами среднего и пожилого возраста, они направлены на достижение, прежде всего, независимого функционирования и контроля собственного поведения. В связи с вышеизложенным, современная гериатрия коренным образом отличается от существующих традиционных подходов. В основе оказания помощи гериатрическому пациенту находится функциональный, синдромальный подходы, ориентированные на распознавание врачом особых возраст-зависимых синдромов. Таких синдромов насчитывается более 65, но основными (то есть наиболее распространенными и значимыми в плане сохранения и поддержания независимости) являются такие синдромы как мальнутриции (недостаточности питания), падения, синдром когнитивного дефицита и деменции, саркопения, снижение слуха и зрения, пролежни, инконтиненция (недержание мочи), нарушения стула и прочие. Совокупность данных синдромов приводит к развитию основного клинического состояния, которое ограничивает активность жизнедеятельности у пациентов старших возрастных групп – старческой астении (frailty), которая характеризуется снижением мышечной силы, потерей веса, значительным ограничением физической работоспособности и в целом жизненной силы. Для выявления указанных выше синдромов и старческой астении разработаны специальные методы, присущие преимущественно гериатрии – специальные, адаптированные для применения у пациентов старших возрастных групп опросники и шкалы, совокупность которых, примененная для выявления гериатрического статуса у одного пациента, получила название специализированный гериатрический осмотр (комплексная гериатрическая оценка, в англоязычной литературе – comprehensive geriatric assessment). Данная методика оценки гериатрического статуса является, по сути, пропедевтикой гериатрии, которой должен владеть врач любой специальности, работающий со взрослыми пациентами. Таким образом, к настоящему времени гериатрия обособилась как самостоятельная врачебная специальность, которая имеет свой терминологический аппарат, специфические методы обследования пациентов старших возрастных групп, соответственно, особые возраст-ориентированные подходы к лечению и реабилитации. БРГОО является сторонником широко внедрения специфических гериатрических подходов при оказании помощи пациентам старших возрастных групп, как в многопрофильных, так и в специализированных гериатрических учреждениях.

БРГОО внедряет обучение вопросам гериатрии людей разного возраста, включая подростков, в рамках чего провело ряд акций «Почувствуй себя пожилым» с применением специальных тренажеров, имитирующих гериатрические синдромы (ограничение передвижение, снижение остроты зрения, ухудшение слуха и пр.). Подобные акции нуждаются в систематизации и широком распространении, так как способствуют повышению культуры общества и преодолению эйджизма.

Для повышения качества реабилитации пожилых людей в стационарных социальных учреждениях БРГОО рекомендует выделять

следующие клинико-реабилитационные гериатрические группы [Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., 2016]:

1. Активные пациенты с отсутствием или легкими нарушениями гериатрического статуса.
2. Пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса.
 - 2.1. Пациенты с ведущим умеренным когнитивным дефицитом.
 - 2.2. Пациенты с ведущими умеренными двигательными нарушениями.
3. Пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса.
 - 3.1. Пациенты с умеренным/тяжелым когнитивным дефицитом или умеренными/тяжелыми двигательными нарушениями.
 - 3.2. Терминальная стадия старческой астении.

Первая клинико-реабилитационная гериатрическая группа пациентов не имеет умеренных и выраженных ограничений общей двигательной активности и когнитивных нарушений.

Вторую клинико-реабилитационную гериатрическую группу составляют пациенты с умеренными нарушениями гериатрического статуса. Они делятся на две подгруппы: пациенты с наличием умеренного когнитивного дефицита при отсутствии нарушений или с легкой степенью нарушений общей двигательной активности и пациенты с умеренными нарушениями общей двигательной активности, у которых не выявлено когнитивных нарушений.

Третья клинико-реабилитационная гериатрическая группа – это пациенты с тяжелыми нарушениями гериатрического статуса. В свою очередь, они также делятся на две подгруппы: пациенты с сочетанием тяжелых и умеренных нарушений общей двигательной активности и когнитивных функций и пациенты со значительными нарушениями общей двигательной активности и тяжелым когнитивным дефицитом (терминальная стадия старческой астении).

Терапевтическая среда в стационарных социальных учреждениях строится дифференцированно в зависимости от клинико-реабилитационной гериатрической группы, но при этом рекомендовано внедрять базовые, т.е. общие основные мероприятия для всех клинико-реабилитационных гериатрических групп.

Базовые мероприятия имеют цель - создание и поддержание благоприятных и комфортных условий жизнедеятельности пожилых людей путем использования всех компонентов среды (физических условий, медицинского, психологического и социального), взаимодействующих между собой и имеющих реабилитационное и терапевтическое воздействие на пациента, независимо от его возраста и гериатрического статуса. В целом при формировании терапевтической среды в стационарном учреждении социального обслуживания базовые или общие мероприятия должны включать три составляющие: интерьерный и экстерьерный компоненты среды; социально-медицинские; психолого-педагогические мероприятия, направленные на создание благоприятных условий, как для жизни, так и для

реабилитации пожилого человека, исключая воздействие потенциально неблагоприятных факторов.

Совместная деятельность Международной ассоциации геронтологии и гериатрии и БРГОО позволила разработать стратегию достижения здорового старения населения Беларуси до 2030 года, внедрение которой с одной стороны повысит качество жизни людей старших возрастных групп, а с другой не потребует значительных материальных затрат. Ближайшим направлением деятельности БРГОО станет активное внедрение описанных выше подходов.

Литература

- 1) Ильницкий, А.Н. Специализированный гериатрический осмотр/ А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев // Геронтологический журнал им. В.Ф.Купревича.- 2012.- № 4 – 5.- С. 66 – 84.
- 2) Прощаев, К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии. / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов - СПб.: «Прайм-Еврознак», 2007.- 778 с.
- 3) Руководство по геронтологии / под ред. В.Н. Шабалина.- Москва: «Цитадель-Трейд», 2005.- 796 с.
- 4) Espinoza, S., Walston, J. D. Frailty in older adults: insights and interventions/ S. Espinoza, J. D. Walston // Cleveland Clinic Journal of Medicine.- 2005.- № 72 (12).- P. 1105-1112.

ОЦЕНКА РЕГИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ ЗАБОЛЕВАЕМОСТИ ЗЛОКАЧЕСТВЕННЫМИ НОВООБРАЗОВАНИЯМИ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ НАСЕЛЕНИЯ УКРАИНЫ ЗА ПЕРИОД 2000-2015 ГОДОВ

О. П. Касиян¹, Г. М. Ткаченко²

*¹Львовский национальный медицинский университет
имени Данила Галицкого, Львов, Украина*

²Поморский университет в Слупске,

Институт биологии и охраны окружающей среды, Слупск, Польша

Рак щитовидной железы (РЩЖ) является наиболее распространенной опухолью эндокринной системы [2, 5]. Статистика злокачественных новообразований (ЗН) в Украине на протяжении последних десятилетий свидетельствует, что темпы прироста РЩЖ значительно превышают показатели других онкологических заболеваний. Сейчас данная нозология составляет около 1,5-2% от всех ЗН [6, 7]. Кроме того, в последние годы прослеживается тенденция к росту заболеваемости этой патологией [1]. И хотя определенный процент роста заболеваемости связан с внедрением в клиническую практику современных методов обследования больных [8, 9], все же существуют данные о реальном росте заболеваемости РЩЖ, что обусловлено целым рядом факторов, в том числе и влиянием факторов окружающей среды. В современных радиационно-экологических условиях Украины, особенно после катастрофы на Чернобыльской АЭС, вопрос о распространенности РЩЖ стоит очень остро [4].