



24. Ю.И. Феценко. I Национальный Астма Конгресс: контроль над бронхиальной астмой возможен. Медицинская газета «Здоровье Украины» №19, жовтень 2007. – С.38.
25. Бронхиальная астма: руководство для врачей России / [А.Г. Чучалин, Б.Л. Медников, А.С. Белевский и др.] // Формулярная система Consilium Medicum. – Том 2/N 1/2000-89.
26. Angeles J.A. (1996) Role of the endothelium in the genesis of cardiovascular disease. Clin. Exp. Pharmacol. Physiol. 23 - (8): 5.16-22
27. Noninvasive evaluation of pulmonary hypertension by a pulsed Doppler technique. / [Kitabatake A., Inoue M., Asao M. et al.] Circulation 1983; – 68: P. 302-309.
28. Особенности клинических проявлений бронхиальной астмы, ассоциированной с синдромом дисплазии соединительной ткани у детей / [Ю.В. Кондусова, А.В. Почивалов, Л.Б. Крюкова, Г.Н. Брежнев] // Научно-медицинский вестник Центрального Черноземья. – №33 – 18 с.
29. Кадурина Т.Н. Поражение сердечно-сосудистой системы у детей с различными вариантами наследственных болезней соединительной ткани Вестник аритмологии. – 2000. – 18, 87 с.
30. Nauseer T.D. Diagnosis and treatment of pulmonary hypertension / Nauseer T.D., Stites S.W. // Am. Fam. Physician. – 2001 – 63(9). – 1789-98.

Сведения об авторах:

Недельская С.Н., д.мед.н., зав. кафедрой факультетской педиатрии ЗГМУ.

Сребродольская Е.В., магистр кафедры факультетской педиатрии ЗГМУ.

Бессикало Т.Г., к.м.н., ас. каф. факультетской педиатрии ЗГМУ.

Адрес для переписки: Сребродольская Е.В., г. Запорожье, ул. Новгородская, 27, ДГМБ №5, кафедра факультетской педиатрии ЗГМУ. Тел.: (0612) 224-94-07, www.srebrodolskay@yandex.ru

УДК: 616.89-053.9-084.004.68

И.Я. Пинчук

О НЕОБХОДИМОСТИ СМЕНЫ ПАРАДИГМЫ В СФЕРЕ ОХРАНЫ ПСИХИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

Главное управление здравоохранения Донецкой областной государственной администрации

Ключевые слова: парадигма, реабилитация, профилактика, пожилые люди, психические расстройства.

Ключові слова: парадигма, реабілітація, профілактика, літні люди, психічні розлади.

Key words: paradigm, rehabilitation, preventive measures, elderly people, mental disorders.

В статье представлена необходимость изменения парадигмы в сфере охраны психического здоровья пожилых людей с реабилитации на профилактику, создание в первичном медико-санитарном звене эффективных систем поддержки психического благополучия. Профилактическая модель требует долгосрочных инвестиций и построения целостной системы охраны психического здоровья.

У статті представлено необхідність зміни парадигми в галузі охорони психічного здоров'я літніх людей з реабілітації на профілактику, створення в первинній медико-санітарній ланці ефективних систем підтримки психічного благополуччя. Профілактична модель потребує довготривалих інвестицій та побудови цілісної системи охорони психічного здоров'я.

The article shows the necessity of a paradigm changes in sphere of mental health care of the elderly people from rehabilitation to preventive measures, creation in the primary care of the effective systems of mental well-being supporting. Preventive model demands long-term investments and construction of complete system of mental health care.

Перед Украиной стоит задача отказаться от косметических изменений созданной в 60-е годы психиатрической службы и проявить политическую волю к построению целостной системы охраны психического здоровья.

В настоящее время идет поиск универсальной модели организации оказания первичной медико-социальной помощи пожилым с психическими расстройствами. Одной из причин отсутствия такой модели является недостаточное знание содержания, потребности и объема помощи этой части населения, а также ограниченные возможности их удовлетворения при ухудшающихся условиях жизни общества в целом.

Психиатрическая помощь людям пожилого возраста нуждается в реорганизации: дифференцировании коек в

структуре психиатрических больниц, переводе коек из психиатрических больниц в соматические больницы, развитие альтернативных амбулаторных структур (дневные стационары, клубы по интересам, «детские садики», геронтопсихиатрические службы на дому и т.д.), увеличение объема и качества психиатрических услуг на этапе первичной медицинской помощи, а также расширение спектра социальных услуг (места в территориальных центрах, оказание социальной помощи на дому пожилым людям с психическими расстройствами, создание специальных домов сестринского ухода и т.п.).

Украина сильно затянула с реформированием психиатрической помощи людям пожилого и старческого возраста, если говорить об этих изменениях в контексте общеевро-



пейских процессов. Системы охраны психического здоровья людям пожилого возраста в развитых странах мира переживают последующий этап своего становления, связанный с пересмотром самой парадигмы их построения, переносом акцента с реабилитации на профилактику, создание на уровне общин эффективных систем поддержки психического благополучия.

Профилактические программы, направленные на укрепление психического здоровья людей пожилого возраста должны иметь научно-доказанную клиническую и экономическую эффективность. Такие программы разработаны и работают в ряде стран мира [1].

Системы охраны психического здоровья в Европе характеризуются сосуществованием различных теоретических моделей и научных подходов, но основываются на общих культурных ценностях: глубоком уважении прав и достоинств человека в соответствии с Конвенцией ООН о правах человека и Европейской Конвенцией о защите прав человека, борьбе со стигматизацией, дискриминацией и социальным неравенством. Согласно принципам ООН, люди пожилого возраста имеют право на справедливое отношение к ним, независимо от пола, расовой или этнической принадлежности, инвалидности или другого статуса и их роль должна оцениваться независимо от возможностей экономического вклада. Государственные и общественные институты при оказании психиатрической помощи и проведении профилактических мероприятий в сфере охраны здоровья обеспечивают социальные и правовые потребности людей пожилого возраста, уважают их индивидуальность.

Базовые принципы единой политики стран Европы в этой сфере отражены в Хельсинской Декларации и Европейском плане действий в области психического здоровья Европейской конференции ВОЗ на уровне министров здравоохранения (Хельсинки, Финляндия, 2005). Особое внимание в этих документах обращается на: предоставление психиатрической помощи людям пожилого возраста в максимально не стигматизирующих условиях – по месту проживания, без ограничения свободы, связей с родственниками; расширение спектра и повышение качества психиатрических услуг на этапе первичной медицинской помощи; преобладание психологических (психотерапевтических) и социальных видов помощи над биологическим лечением. Еще одним приоритетом является организация оказания психиатрической помощи на уровне общин, поощрение властью создания общественными организациями сети агентств, занятых поддержкой особых потребностей людей пожилого и старческого возраста, связанных со здравоохранением, социальным обслуживанием.

Постарение населения – это глобальный процесс. По данным ООН в 1950 году в мире проживало 214 млн человек старше 60 лет, а в 2025 году их численность составит 1 млрд 121 млн, т.е. увеличится в 6 раз в сравнении с 1950 годом. К 2050 году численность людей составит 2 млрд, при этом доля людей в возрасте 60 лет и старше увеличится с 10% до 22%. К 2050 году впервые в истории человечества на Земле прогнозируется увеличение количества людей в возрасте

старше 60 лет над количеством детей до 14 лет [2].

Демографическая ситуация в Украине позволяет отнести ее к «старым» странам планеты. В структуре населения Украины люди старше трудоспособного возраста составляют 23,7%. Общая численность людей старше 60 лет увеличится к 2050 году в 1,5 раза, а количество лиц 80 лет и старше за этот же период увеличится в 3,4 раза [2].

Люди пожилого возраста страдают психическими расстройствами значительно чаще, чем молодые и люди среднего возраста. Однако пожилые обращаются к психиатрам и психотерапевтам в два раза реже, чем население в целом [3]. Люди пожилого возраста не обращают внимание на расстройства памяти, настроения, поведения, рассматривая их как неизбежный результат старения [4].

Психические расстройства в пожилом возрасте имеют ряд особенностей, которые должны учитываться при планировании психиатрической помощи. Одной из таких особенностей является высокий уровень коморбидности (наличие сопутствующих заболеваний). Следует различать три формы коморбидности: 1) одновременную диагностику нескольких психических расстройств, например, деменции и депрессии; 2) двойную диагностику расстройств психики и различных форм зависимостей (алкогольной); 3) наличие психического и сопутствующих хронических соматических заболеваний [5]. Данные формы коморбидности определяют потребность в развитии соответствующих организационных структур.

Психические нарушения в пожилом возрасте приводят к нарушениям социальной, семейной и трудовой адаптации [6]. Психологическая и социальная помощь нередко является не менее значимой, чем биологическая терапия.

Психические заболевания пожилого возраста являются для общества тяжелым социальным и экономическим бременем. Следует учитывать значительные финансовые затраты (как прямые так и непрямые) на длительное медикаментозное лечение, медицинскую и социальную реабилитацию, опеку; потери, связанные с ограничением социальной активности членов семьи больного человека.

В связи с вышесказанным понятно, что реальная и эффективная политика в сфере охраны психического здоровья людей пожилого возраста должна быть построена с учетом множества социальных, юридических и экономических аспектов, из которых далеко не все имеют прямое отношение к системе медицинской помощи.

При обсуждении вопроса о том, какие услуги в области геронтопсихиатрии и в каком объеме должны быть разработаны, внедрены и оплачены государством многие общие аспекты сложно принять во внимание без политической воли, выраженной в национальной политике в сфере охраны психического здоровья пожилых людей. В резолюции семинара, проведенного 11-12 января 2006 года Комитетом Верховной Рады Украины по вопросам пенсионеров, ветеранов и инвалидов совместно с Организацией Объединенных Наций, Государственным научно-методическим гериатрическим центром КМАПО им. П.Л. Шупика и Института геронтологии АМН Украины на тему «Законодательные



подходы к решению вопросов, связанных со старением населения Украины», в пункте 1.1. отмечено: «Внести соответствующие изменения, касающиеся юридической защиты и социально-бытовой помощи людям пожилого возраста с психическими расстройствами».

Экономическая оценка эффективности охраны психического здоровья людей пожилого возраста

Организация ухода за престарелыми людьми, затрагивает более широкий круг работников, чем уход за детьми. В каждой стране должно быть принято решение, кто будет нести ответственность за удовлетворение потребностей в оказании медицинской помощи и решении социальных нужд пожилых людей с психическими расстройствами: родственники на собственные средства, государство на общественные средства или и те и другие. У пожилых людей повышается необходимость в медицинской помощи, социальном обслуживании и альтернативных вариантах решения жилищного вопроса. Основные причины этого: у людей старше 75 лет уровень ограничений дееспособности возрастает, это ведет к понижению их способности к активной деятельности в повседневной жизни и снижению их независимости. Главными видами повседневной деятельности являются: ходьба, купание, прием пищи, одевание, отправление естественных надобностей.

Вопрос об экономическом эффекте, создаваемом профилактическими программами в области охраны психического здоровья людей пожилого возраста, является не простым из-за отсутствия общепринятых показателей для оценки «качества жизни» и «стоимости заболевания». Тем не менее, отдельные экономические исследования свидетельствуют, что профилактика и раннее лечение психических и поведенческих расстройств позволяют сократить финансовые затраты, как общества в целом, так и учреждений здравоохранения [7].

Когда речь идет о пожилых, затраты на оказание помощи, как и достигнутые результаты не ограничиваются сферой здравоохранения, затрагивая другие сегменты общественной жизни, например, образование, специальные психологические, культурные, бытовые, юридические потребности, как самого пожилого человека, так и членов его семьи. Охрана психического здоровья пожилых людей предполагает тесное межсекторальное взаимодействие учреждений Министерства здравоохранения, Министерства труда и социальной политики, Министерства образования и науки, пенсионного фонда, фонда социальной защиты населения, общества Красного Креста и других организаций.

Специализированная психиатрическая помощь пожилым также нередко финансируется бюджетами разных уровней: национальным, областным, городским, районным. Значительная часть расходов, связанных с охраной психического здоровья пожилым покрывается членами семьи, общественными и религиозными организациями. Финансовое бремя распределяется, как между министерствами, так и между бюджетами различных уровней и пользователями неравномерно и неэффективно.

Перед национальными службами здравоохранения часто

встает проблема выбора между двумя альтернативами: на одной чаше весов – высокая стоимость программ раннего вмешательства, направленных на превенцию и профилактику психических расстройств, на другой – не поддающаяся предварительной оценке стоимость потерь, которые может понести общество в долгосрочной перспективе при сохранении системы здравоохранения, ориентированной на оказание специализированной помощи.

Ни в Великобритании, ни в Европейских странах не существует алгоритмически отлаженных систем распределения финансов, которые устраняли бы противоречия в распределении затрат между основными секторами медицинской помощи, являющимися объектами основных инвестиций и сферами, отсутствие профилактически направленной активности в которых приводит к наибольшим долгосрочным социальным потерям.

Демонтаж постсоветской инфраструктуры психиатрической службы катализировал необходимость неотлагательных инвестиций не столько в профилактические программы, сколько в альтернативные амбулаторные формы психиатрической помощи. При отсутствии необходимых специалистов, несформированности социальных институтов требовались большие инвестиции и время для перехода с преимущественно биологического лечения на психологические и социальные формы помощи, для создания интегрированной в общины и первичную медицинскую помощь системы охраны психического здоровья, в том числе и пожилых.

При чрезмерной поспешности в проведении реформ существует риск возникновения дополнительных социальных издержек, связанных с уменьшением доступности специализированной психиатрической помощи пожилым, снижением социальной активности их семей, высвобождением персонала. Реформы должны проводиться планомерно и последовательно, со скоростью, обеспечивающей получение максимального экономического эффекта.

Условия, обеспечивающие эффективность профилактических программ в сфере охраны психического здоровья пожилых

Профилактическое вмешательство может быть эффективным, если оно принимается значительной частью популяции, которой его предлагают.

Предиктором эффективности профилактического вмешательства является высокая распространенность заболевания и его значительное влияние на когнитивное функционирование, социальную, семейную, профессиональную адаптацию, а также его хроническое течение, ведущее к инвалидизации. Примером может быть ранняя диагностика и лечение деменции, что привело бы к значительной экономии общественных расходов. Депрессия, в силу ее высокой распространенности, ассоциированного с ней риска суицидов, влияния на когнитивное и социальное функционирование во всем мире считается наиболее дорогостоящим заболеванием среди психических расстройств в зрелом возрасте.

Отсутствие эффективного, доступного и относительно недорогого метода лечения расстройств, ведущих к вы-



раженным нарушениям социального функционирования и инвалидизации также является предиктором экономической успешности профилактических программ.

Факторы риска и защиты. Психические расстройства пожилого возраста характеризуются мультифакторной этиологией: хронический стресс (источники: ухудшение состояния здоровья и способности передвигаться, зависимость, утрата сенсорных функций, ухудшение в когнитивной сфере, домашние проблемы, значимые проблемы у члена семьи, семейные конфликты, ухудшение социально-экономического положения, проблемы на работе, увольнение, уход за хроническим больным или зависимым членом семьи), значимые жизненные события (тяжелая утрата, разлука, острое соматическое заболевание, соматическое заболевание или угроза жизни любимого человека, внезапная потеря места жительства, финансовый кризис, получение неприятных сведений о члене семьи или друге, утрата значимого объекта), структурные изменения головного мозга и т. д. Описаны многочисленные факторы риска и защиты, способствующие, соответственно, их развитию или предотвращению.

Некоторые факторы риска относительно специфичны, например, наличие генетической отягощенности при шизофрении. Другие – менее специфичны, свидетельствуют о предрасположенности пожилых к более широкому спектру психических расстройств. Многие факторы риска психических расстройств пожилого возраста не относятся к сфере компетенции специалистов по психическому здоровью. Геронтопсихиатрия является неотъемлемой частью гериатрии и неразрывно связаны с такими дисциплинами, как психология и психотерапия. Междисциплинарное взаимодействие является основополагающим для эффективной профилактики расстройств психики и сохранения психического благополучия в пожилом возрасте.

К перечню профилактических (защитных) факторов можно отнести вовлечение членов семьи в психообразовательные программы (приобретение теоретических знаний и навыков эффективного управления поведением в стрессовых для пожилого человека ситуациях), изменение паттерна внутрисемейных взаимоотношений, участие в специальных программах позволяющим членам семьи и людям, обеспечивающим уход за пожилым человеком, действовать в рамках единой ролевой модели, предоставление эмоциональной поддержки (формирование атмосферы, позволяющей уважать потребности и интересы каждого из пожилых и членов его семьи), участие в общественных религиозных программах [8].

Выбор мероприятий по профилактике психических нарушений должен базироваться на данных доказательной медицины и по возможности, воплощаться в жизнь, прежде всего специалистами на уровне первичных институтов здоровья (гериатров, семейных врачей, психологов, социальных работников в территориальных центрах, соматических поликлиниках и других учреждениях не психиатрического профиля) [9].

Профилактические мероприятия могут быть разделены на первичные и вторичные. Первичная профилактика направлена на поддержание психического благополучия, сохранение психического здоровья, предотвращение появления расстройств психики и поведения. Вторичная профилактика направлена на предотвращение развития осложнений и рецидивов расстройств психики и поведения у пожилых, улучшение их психосоциального функционирования и социальной адаптации.

Различают также универсальные, селективные и проводимые по показаниям профилактические программы.

Универсальные профилактические программы адресованы ко всей популяции. Преимуществом таких программ является потенциальная возможность сделать вмешательства общепринятыми, добиться их инклюзии в стереотипы общественного поведения, и за счет этого избежать стигматизации, наибольшим недостатком – относительно высокая стоимость [10].

Селективные профилактические программы, охватывают часть популяции с повышенным риском возникновения расстройства

Потенциальные преимущества таких программ включают рациональное использование ресурсов, что позволяет избежать ненужных расходов на те случаи, когда такая профилактика нецелесообразна.

К числу недостатков следует отнести потребность в проведении предварительной скрининговой процедуры. Последняя должна быть достаточно чувствительной и специфичной, позволяющей отбирать пожилых, входящих в группу риска для определенного расстройства. Кроме того, как скрининговая процедура, так и последующее вмешательство в группе целенаправленной профилактики могут восприниматься как стигматизирующие. Стигматизация профилактических вмешательств может нивелировать ожидаемый от профилактической программы эффект.

Еще один недостаток селективных профилактических программ заключается в том, что хотя в выборках, на которые они нацелены, риск развития расстройства может быть значительно более высоким, чем у других людей, но часть популяции с меньшим, но значимым риском возникновения психического расстройства не будет иметь доступа к помощи [10].

Профилактические программы, проводимые по показаниям, адресованы тем людям, у которых наблюдаются начальные проявления того или иного расстройства психики или поведения.

С одной стороны, такие программы наиболее эффективны, поскольку предлагают целенаправленную помощь именно в тех случаях, когда это необходимо.

С другой стороны, значительная часть пользователей на выполнение скрининговых процедур тратят слишком много времени и после получения доступа к программе нуждаются уже не в профилактических вмешательствах, а в терапии. Это делает помощь менее эффективной. Тем не менее, даже на этапе манифестации расстройства терапия более эффективна, а социальные последствия менее



тяжелые, чем при его хронификации [10]. Планируемые, как направленные на специально сформированные группы риска профилактические программы в процессе своей реализации нередко оказываются программами ранней терапевтической помощи.

ВЫВОДЫ

Профилактические программы требуют долгосрочных инвестиций и должны быть поддержаны политической волей к их имплементации и дополнительными финансовыми ресурсами на охрану психического здоровья. Перераспределение ресурсов между специализированной, первичной медицинской и доврачебной психиатрической помощью на этапе реформирования службы может привести к снижению доступности психиатрической помощи, снижению ее качества и увеличению социальных расходов.

Существует перспективность дальнейших исследований в области профилактики психических расстройств. Некоторые эффективные профилактические стратегии уже работают, другие находятся в стадии развития и изучения, демонстрируя многообещающие предварительные результаты [11].

При реформировании системы охраны психического здоровья людей пожилого возраста в Украине необходимо учитывать как научно-доказанные факты эффективности методов профилактики, так и возможности различных регионов предоставлять те или иные услуги, учитывая стоимость их имплементации и подготовку персонала. При этом каждому человеку в нашей стране необходимо обеспечить доступ к этим программам и шанс на развитие и использование индивидуального потенциала.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Robins L.N. & Regier D.A.* Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study // The Free Press. – New York, 1991.
2. *Чайковська, В. В.* Стан організації гериатричної допомоги населенню літнього віку в Україні (2005р.) / *Чайковська, В. В., Вержиковська Н.В., Хаджинова Н.А.* // Проблеми старения и долголетия. – 2006. – №6. – С. 358-366.
3. *Вержиковская Н.В.* Состояние и перспективы развития амбулаторной помощи населению старше трудоспособного возраста / *Вержиковская Н.В., Чайковская В.В.* // Проблеми старения и долголетия.-2001.-№1.-С.85-95.
4. *Безруков В.В.* Новые подходы к оценке потребностей пожилых людей в медико-социальной помощи и ее эффективности / *Безруков В.В., Чайковская В.В.* // Материалы Консульт. междуна. семин. - М: МЗМП РФ, 1995. - С.143.
5. *Saraceno B.* Mental health system research is urgently needed // *International Journal of Mental Health System.* – 2007. – Vol. 1. – P. 2.
6. World Health Organization. World Health Report // World Health Organization Geneva, Switzerland, 2004.
7. *Patel V., Kleinman A.* Poverty and Common Mental Disorders in Developing Countries // *Bull World Health Organ.* – 2003. – Vol. 81. – P. 609–615.
8. World Health Organization. World Health Report 2001 // *Mental Health: New Understanding, New Hope* / World Health Organization, Geneva, Switzerland, 2001.
9. World Health Organization. Final documents of the ministerial conference, Helsinki, 12-15 January 2005: *Mental Health Action Plan for Europe and European Declaration on Mental Health, 2005a* // Available at www.euro.who.int.
10. *Gordon, R.S.* An operational classification of disease prevention // *Pubic Health Reports.* – 1983. – Vol. 98. – P. 107–109.
11. *Kessler R.C., Ammiger G.P., Aguilar-Gaxiola S., Alonso J., Lee S., Ustun T.B.* Age of onset of mental disorders: a review of recent literature // *Current Opinion in Psychiatry.* – 2007. – Vol. 20. – P. 359–364.

Сведения об авторе:

Пинчук Ирина Яковлевна, к.мед.н., главный психиатр Донецкой области, главный врач КЛПУ «Городская психоневрологическая больница 2, г. Донецк».

Контактные телефоны:

062-208-37-41; тел/факс: 062-263-43-99; моб. 050-626-25-79
