

УДК 613.98

О СОЗДАНИИ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ В СИСТЕМЕ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ: (НА ПРИМЕРЕ КЕМЕРОВСКОЙ ОБЛАСТИ - КУЗБАССА)

Воронина Е.А.¹, Прощаев К.И.², Ильницкий А.Н.³

¹Кемеровский государственный университет, г. Кемерово

²Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва

³Академия постдипломного образования ФГБУ ФНКЦ ФМБА России, г. Москва

В статье представлен опыт создания региональной модели геронтологической профилактики является на основе доменного принципа и ориентации на индивидуальную жизнеспособность, что позволяет обеспечить универсальный подход к планированию, отбору, системе мер и оценки эффективности профилактических геронтологических мероприятий для разных категорий получателей социальных услуг. Доменный принцип построения региональной модели геронтологической профилактики может быть распространен на регионы с разным уровнем урбанизации, типом расселения и культурно-этнической принадлежности населения пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: геронтология, индивидуальная жизнеспособность, профилактика, здравоохранение, социальная защита.

ABOUT REGIONAL MODEL OF GERONTOLOGICAL PREVENTION IN THE SOCIAL PROTECTION SYSTEM (IN KEMEROVO — KUZBASS REGION)

Voronina E.A.¹, Prashchayev K.I.², Ilitsky A.N.³

¹Kemerovo State University, Kemerovo

²Research Medical Center "Gerontology", Moscow

³Academy of Postgraduate Education of the Federal Medical Biological Agency, Moscow

The article presents the experience of creating a regional model of gerontological prevention based on the domain principle and orientation to individual viability, which allows for a universal approach to planning, selection, system of measures and evaluation of the effectiveness of preventive gerontological measures for different categories of recipients of social services. The domain principle of building a regional model of gerontological prevention can be extended to regions with different levels of urbanization, type of settlement and cultural and ethnic affiliation of the elderly and senile population.

Key words: gerontology, intrinsic capacity, prevention, health care, social protection.

Введение

Конечной целью всех мер оказания медицинских и социальных услуг людям пожилого и старческого возраста является повышение уровня их функциональной способности, которая состоит из двух основных компонентов – гериатрический статус, который определяется и корректируется соответствующими специалистами в системе здравоохранения и среда проживания человека, что в большей степени является прерогативой социальной службы. Именно этот подход, то есть ориентация на функциональность, обуславливает переход от сугубо медицинских мер поддержки пожилого человека к более широкому вмешательству, которое подразумевает интегральный, комплексный подход с подключением разных и государственных, и общественных институций. И вот это является, согласно данным разных авторов, предметом научного интереса и темой специальных исследований [1, 2, 3]. По своей сути запросы людей пожилого возраста на профилактику снижения функциональности

достаточно разные, они зависят от культурной системы региона проживания, типом проживания (городское или сельское), климатическими условиями, состоянием транспортной доступности, характером проживания, то есть в индивидуальном доме или в многоквартирном. То есть геронтологическая профилактика по отношению к различным категориям пожилых людей будет весьма сильно отличаться. Имея собственный опыт работы в Кемеровской области – Кузбассе и проанализировав литературу по вопросам геронтопрофилактики можно отметить, что это регион с разными типами проживания пожилых людей и их культурными особенностями, поскольку в регионе имеет место и городское и сельское население, а люди, проживающие в домах-интернатах, а также многочисленные представители малых народов Сибири, которые имеют свои традиции и особенности старения. В этой связи существует насущная потребность в принятии организационных мер по объединению потребностей людей пожилого и старческого возраста в геронтопрофилактике, которые характеризуются значительным многообразием, в единую организационную систему, которая была бы построена на современных геронтологических и гериатрических взглядах, в равной степени обеспечивала геронтопрофилактику с позиций поддержки функциональной способности и обеспечения качества жизни.

Цель исследования

Цель исследования - на основе доменного подхода обосновать и внедрить региональную модель геронтологической профилактики в системе социальной защиты населения Кемеровской области – Кузбасса, а также оценить эффективность внедрения.

Материал и методы исследования

Базами исследования явились учреждения социальной защиты населения Кемеровской области – Кузбасса. Кемеровская область – Кузбасс является географическим центром России и сочетает в себе признаки, характерные для различных регионов страны. Площадь территории составляет 95,7 тысяч кв. км. Численность населения составляет 2674300 чел, проживающих в 34 муниципальных образованиях. Плотность населения составляет 28 чел/кв.км (самая высокая плотность населения за Уралом), а уровень урбанизации – 86,0% (самый высокий в Сибири). Вместе с тем, сельское население проживает как концентрированно в населенных пунктах, так и разбросанно по территории удаленных районов. Кроме того, в регионе проживают представители малых народов Сибири. Доля людей в возрасте 60 лет и старше составляет 26,1%. С людьми 60 лет и старше работает 67 организаций социального обслуживания, в т.ч.: - 46 центров социального обслуживания, 8 домов-интернатов для престарелых, 13 психоневрологических учреждений. Также 44 медицинские организации первичной-медико-санитарной помощи являются организаторами-партнерами. С 2019 года регион является участником пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода

В данной статье представлен обобщенный многолетний научно проанализированный опыт мероприятий в регионе в области геронтологической профилактики, осуществляемых при методической поддержке Федерального научного клинического центра ФМБА России и Научно-исследовательского медицинского центра «Геронтология».

Суммарно проанализированы мероприятия, проведенные в отношении 585256 людей 60 лет и старше.

Результаты и их обсуждение

Обоснование потребности в геронтологической профилактике

При расчете потребности в мероприятиях геронтологической профилактики мы исходили из того что преимущественной группой реципиентов данных мероприятий являются лица без старческой астении и лица со старческой преастенией, в то время как лица со старческой астенией нуждаются преимущественно в мероприятиях долговременного ухода и геронтологической паллиативной помощи. Оказалось, что прогнозная распространенность потребности в мероприятиях геронтологической

профилактики составляет среди городского населения 67,6 случаев на 100 человек в возрасте 60 лет и старше, среди сельского населения 67,7 случаев на 100 человек в возрасте 60 лет и старше, среди проживающих в домах интернатах 47,1 случаев на 100 человек в возрасте 60 лет и старше, среди представителей малых народов 69,6 случаев на 100 человек в возрасте 60 лет и старше. Достоверно ($p < 0,05$) меньшая потребность в мероприятиях геронтологической профилактики среди проживающих в домах-интернатах по сравнению с другими группами людей объясняется особенностью отбора на проживание в виде более тяжелого соматического, гериатрического, психоневрологического и/или социального статуса.

Оценка функциональных способностей у реципиентов программ геронтологической профилактики

При разработке программ геронтологической профилактики мы решили использовать не нозологический, а синдромальный подход, основанный на выявлении наличия либо рисков тех функциональных дефицитов, которые в дальнейшем формируют гериатрический каскад, ведущий к формированию старческой астении. С точки зрения дальнейшей практической реализации разрабатываемых программ геронтологической профилактики необходим удобный инструментарий для выявления функциональных дефицитов.

Гериатрический профиль людей в возрасте 60 лет и старше характеризовался распространённость когнитивных расстройств на уровне 23,9-81,5 случаев на 100 чел., распространённость снижения двигательной активности на уровне 51,0-85,3 случаев на 100 чел., распространённостью нарушений питания на уровне 8,0-29,7 случаев на 100 чел., распространённостью нарушений зрения на уровне 96,1-99,3 случаев на 100 чел., распространённостью снижения слуха на уровне 18,7-37,5 на 100 чел., распространённостью симптомов депрессии на уровне 8,4-38,4.

Анализ результатов оценки функциональной способности по системе ICOPE и результатов комплексной гериатрической оценки показал их достоверную ($p < 0,05$) сопоставимость по всем позициям во всех группах получателей социальных услуг и представлен в таблице 1.

Таблица 1.

Корреляции между оценкой функциональности важных расстройств здоровья, снижающих индивидуальную жизнеспособность, определенных по системе ICOPE с результатами комплексной гериатрической оценки

Расстройства здоровья	Распространённость расстройств здоровья (абс. (на 100 чел.), г, р)											
	Получатели социальных услуг – городские жители (n=1115)			Получатели социальных услуг – сельские жители (n=924)			Получатели социальных услуг, проживающие в домах-интернатах для престарелых граждан и инвалидов (n=514)			Получатели социальных услуг – представители малых народов (n=155)		
Снижение когнитивных способностей	556 (49,9)	568 (50,9)	+0,953, <0,05	498 (53,9)	513 (55,5)	+0,943, <0,05	404 (78,6)	419 (81,5)	+0,864, <0,05	34 (21,9)	37 (23,9)	+0,961, <0,05
Снижение двигательной активности	729 (65,4)	738 (66,2)	+0,964, <0,05	789 (85,4)	788 (85,3)	+0,944, <0,05	424 (82,5)	438 (85,2)	+0,889, <0,05	75 (48,4)	79 (51,0)	+0,972, <0,05
Нарушения питания	318 (28,5)	331 (29,7)	+0,910, <0,05	284 (30,7)	298 (32,3)	+0,886, <0,05	32 (6,2)	41 (8,0)	+0,872, <0,05	11 (7,1)	16 (10,3)	+0,850, <0,05

Нарушения зрения	1105 (99,1)	1107 (99,3)	+0,985, <0,05	911 (98,6)	914 (98,9)	+0,981, <0,05	506 (98,4)	508 (98,8)	+0,983, <0,05	148 (95,5)	149 (96,1)	+0,987, <0,05
Снижение слуха	287 (25,7)	291 (26,1)	+0,965, <0,05	231 (25,0)	258 (27,9)	+0,801, <0,05	182 (35,4)	193 (37,5)	+0,947, <0,05	28 (18,1)	29 (18,7)	+0,988, <0,05
Симптомы депрессии	412 (37,0)	428 (38,4)	+0,901, <0,05	205 (22,2)	221 (23,9)	+0,803, <0,05	105 (20,4)	106 (20,6)	+0,987, <0,05	11 (7,1)	13 (8,4)	+0,959, <0,05

Наличие выявленных закономерностей позволило рекомендовать систему ICOPE для внедрения в практику социальной работы в качестве скрининговой методики оценки функциональности реципиентов программ геронтологической профилактики

Обоснование доменов для разработки региональной программы геронтологической профилактики

Выявленный профиль нарушений функциональности у получателей социальных услуг – потенциальных реципиентов программ геронтологической профилактики показал их сопоставимость с основными доменами индивидуальной жизнеспособности – психологическим, когнитивным, двигательным, сенсорным и нутритивным. С учетом возраста реципиентов программ геронтологической профилактики и известным влиянием заболеваний в пожилом и старческом возрасте на функциональность, важным также является и соматический домен индивидуальной жизнеспособности. Таким образом концепт индивидуальной жизнеспособности, основанный на доменном принципе, может быть основной для разработки программ геронтологической профилактики. Однако для создания модели и реализации ее в практической деятельности ориентация только на указанные домены, по нашему мнению, является недостаточной, поскольку не позволяет разработать механизмы внедрения и оценки эффективности разрабатываемых программ геронтологической профилактики на региональном уровне. В связи с этим мы предложили ввести новые дополнительные – медицинский и социальный, основываясь на том, что именно сферы социальной защиты и здравоохранения в сложившейся системе общественных связей играют приоритетную роль в управлении здоровьем людей старших возрастных групп. Таким образом предлагаемый нами доменный подход к созданию региональной модели геронтологической профилактики основывается на разработке и реализации следующих доменов, классификацию которых мы приводим ниже.

Классификация доменов региональной модели геронтологической профилактики

1. Индивидуальные клинико-социальные домены:

- 1.1. Психологический.
- 1.2. Когнитивный.
- 1.3. Нутритивный.
- 1.4. Двигательный.
- 1.5. Сенсорный.
- 1.5. Соматический.

2. Ресурсные медико-социальные организационные домены:

- 2.1. Медицинский.
- 2.2. Социальный.

Реализация модели геронтологической профилактики и оценка ее эффективности

Модель геронтологической профилактики на основе доменного подхода в Кемеровской области – Кузбассе стала составной частью Комплексной региональной социальной программы «Повышение качества жизни пожилых людей в Кемеровской области – Кузбассе на 2014-2021 годы («Кузбасское долголетие»)), разработанной во исполнение поручений Председателя Правительства Российской Федерации Д.А. Медведева (протокол совещания от 18.12.2012 № ДМ-П12-51 пр).

Для реализации сформированных на предыдущем этапе доменов геронтологической профилактики была сформирована локальная нормативно-правовая база, при этом автор диссертационного исследования лично была руководителем группы по разработке этой базы и принимала непосредственное участие в ее разработке.

Разработанная локальная нормативно-правовая база включала в себя следующие документы, предусматривающие описание структуры доменов геронтологической профилактики и механизмы их практической реализации:

приказ Департамента социальной защиты Кемеровской области от 03.06.2019 № 81 «Об утверждении минимального перечня и количества оборудования, расходных и гигиенических средств в организациях социального обслуживания Кемеровской области, предоставляющих социальные услуги в стационарной форме»;

приказ Департамента социальной защиты населения Кемеровской области, департамента охраны здоровья населения Кемеровской области от 18.07.2019 № 109/1376 «Об утверждении порядка информационного обмена об инвалидах и гражданах, достигших возраста 60 лет и старше, с полной или частичной утратой способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания» с введением новой срочной услуги – сопровождение получателей социальных услуг при госпитализации в медицинские организации;

соглашение о сотрудничестве между Министерством социальной защиты Кузбасса и Министерством здравоохранения Кузбасса от 28.09.2020 № 2020-1;

приказ департамента социальной защиты населения Кемеровской области от 22 октября 2014 г. № 159 (в ред. от 07.06.2021 №133) «Об утверждении норм питания в организациях социального обслуживания Кемеровской области – Кузбасса, осуществляющих стационарное социальное обслуживание»;

приказ департамента социальной защиты населения Кемеровской области от 04 октября 2019 г. № 151 «О проведении ранней диагностики и профилактики когнитивных нарушений у граждан пожилого возраста»;

приказ департамента социальной защиты населения Кемеровской области от 30 декабря 2019 г. № 222 «О реализации методических рекомендаций по профилактике падений и переломов у граждан старших возрастных групп»;

Результативность региональной модели геронтологической профилактики показало позитивную динамику в каждом домене. Что касается психологического домена, то произошло изменение структуры депрессии за счет достоверного смещения в сторону преобладания более легких форм. В результате реализации мероприятий когнитивного домена состояние когнитивных функций к шестому месяцу демонстрировало достоверную тенденцию к улучшению, а к 12 месяцу произошла достоверная стабилизация во всех группах получателей социальных услуг. В рамках двигательного домена была отмечена достоверная положительная динамика суммарного показателя кистевой динамометрии и достоверное снижение частоты падений. Реализация мероприятий нутритивного домена привела к улучшению нутритивного статуса. В результате риск развития синдрома мальнутриции по шкале MNA достоверно снизился во всех группах получателей социальных услуг.

Что касается результативности сенсорного домена, то удалось увеличить охват аудиометрией с $36,2 \pm 2,2$ на 100 чел. до $79,0 \pm 0,8$ на 100 чел., а охват нуждающихся слуховым протезированием с $10,0 \pm 1,2$ на 100 чел. до $30,9 \pm 4,5$ на 100 чел. Показателями результативности реализации соматического домена может служить снижение абсолютного количества обращений за скорой медицинской помощью с 310615 случаев в год до 291842 случаев в год и снижения обращаемости за скорой медицинской помощью с $581,2 \pm 15,3$ случаев на 1000 чел./год до $520,1 \pm 11,6$ случаев на 1000 чел./год.

Результативность медицинского домена отражает увеличение охвата комплексной

гериатрической оценкой городского населения с $7,2 \pm 0,3$ до $92,8 \pm 3,3$ случаев на 100 чел., сельского населения - с $3,1 \pm 0,2$ до $81,9 \pm 4,2$ случаев на 100 чел., среди проживающих в домах-интернатах с $20,4 \pm 2,3$ до $96,9 \pm 1,7$ случаев на 100 чел., среди представителей малых народов с $7,1 \pm 1,0$ до $90,9 \pm 2,3$ случаев на 100 чел. ($p < 0,05$ для всех групп получателей социальных услуг).

С точки зрения эффективности социального домена во всех группах получателей социальных услуг произошло достоверное ($p < 0,05$) повышение возрастной жизнеспособности и качества жизни (таблица 2)

Таблица 2

Динамика возрастной жизнеспособности (шкале RSA, баллы)

Локусы опросника RSA	Городские жители		Сельские жители		Проживающие в домах-интернатах		Представители малых народов	
	До	После	До	После	До	После	До	После
Характеристика структуры личности	$7,6 \pm 0,12$	$8,8 \pm 0,12^*$	$7,8 \pm 0,08$	$8,9 \pm 0,11^*$	$7,7 \pm 0,13$	$8,9 \pm 0,23^*$	$7,4 \pm 0,39$	$8,7 \pm 0,14^*$
Характеристика коммуникация	$6,2 \pm 0,07$	$7,6 \pm 0,06^*$	$6,1 \pm 0,11$	$7,4 \pm 0,07^*$	$6,1 \pm 0,09$	$7,7 \pm 0,07^*$	$6,0 \pm 0,06$	$7,7 \pm 0,14^*$
Характеристика семейных отношений	$4,9 \pm 0,02^{3,4}$	$5,8 \pm 0,04^{*3}$	$5,0 \pm 0,06^{3,4}$	$5,9 \pm 0,03^{*3}$	$3,8 \pm 0,12^{1,2,4}$	$4,2 \pm 0,41^{*1,2,4}$	$5,7 \pm 0,06^{1,2,3}$	$5,8 \pm 0,12^3$
Характеристика социальных связей	$5,8 \pm 0,03$	$6,9 \pm 0,02^*$	$5,7 \pm 0,04$	$6,8 \pm 0,04^*$	$6,0 \pm 0,14$	$7,2 \pm 0,33^*$	$5,5 \pm 0,24$	$6,8 \pm 0,31^*$
Характеристика личности	$2,2 \pm 0,03$	$3,1 \pm 0,04^*$	$2,1 \pm 0,05$	$3,1 \pm 0,11^*$	$2,3 \pm 0,10$	$3,2 \pm 0,03^*$	$2,0 \pm 0,18$	$3,2 \pm 0,17^*$
Суммарный балл	$27,0 \pm 0,16$	$32,4 \pm 0,22^*$	$26,9 \pm 0,31$	$32,4 \pm 0,38^*$	$26,1 \pm 0,49$	$31,8 \pm 1,68^*$	$26,4 \pm 0,41$	$32,1 \pm 0,72^*$

* $p < 0,05$ по сравнению с исходным уровнем

¹ $p < 0,05$ по сравнению с городскими жителями

² $p < 0,05$ по сравнению с сельскими жителями

³ $p < 0,05$ по сравнению с проживающими в домах-интернатах

⁴ $p < 0,05$ по сравнению с представителями малых народов

Заключение

Наш опыт показал, что наиболее оптимальной основой региональной модели геронтологической профилактики является доменный принцип и ориентация на индивидуальную жизнеспособность, что позволяет обеспечить универсальный подход к планированию, отбору, системе мер и оценки эффективности профилактических геронтологических мероприятий для разных категорий получателей социальных услуг.

Доменный принцип построения региональной модели геронтологической профилактики может быть распространен на регионы с разным уровнем урбанизации, типом расселения и культурно-этнической принадлежности населения пожилого и старческого возраста. При этом высокая степень корреляции доменов индивидуальной жизнеспособности с гериатрическим статусом позволяет расценивать доменный принцип как основу оценки ресурсов службы социальной защиты населения по проведению геронтопрофилактики, дополняющей гериатрическую медицинскую помощь, составлять целевые программы геронтопрофилактики, что в совокупности ориентировано на социальную интеграцию и повышение функциональной способности людей пожилого и старческого возраста.

Мы считаем, что оптимальная региональная модель геронтопрофилактики в системе социальной защиты населения включает в себя скрининг функциональных дефицитов по системе ICOPE с частотой охвата $95,5 \pm 1,2\%$, проведение комплексной гериатрической оценки в разрезе компетенций социального работника с частотой охвата $90,0 \pm 1,5\%$ с выделением ведущих доменов как объектов мероприятий геронтопрофилактики (медицинский, психологический, когнитивный, социальный, двигательный, нутритивный, соматический, сенсорный) и оценкой эффективности проведенных мер с точки зрения динамики функциональности, внутреннего самоощущения возраста и социальной интеграции. Разработанная комплексная региональная программа геронтологической профилактики обладает равной эффективностью среди различных социальных слоев населения и способствует предупреждению развитию синдрома старческой астении на $55,0 \pm 2,0\%$, улучшает состояние возрастной жизнеспособности на $40,5 \pm 1,5\%$, снижает степень возрастной дискриминированности на $35,5 \pm 2,5\%$, что в конечном итоге повышает качество жизни получателей социальных услуг на $25,5 \pm 1,0\%$.

Список литературы

1. Ильницкий А.Н., Потапов В.Н., Прощаев К.И., Горелик С.Г., Кравченко Е.С., Жириков А.В., Таукенова Л.И. Взаимодействие геронтологических школ в современном мире: фокус на обеспечение индивидуальной и возрастной жизнеспособности // Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии. 2020. № 1. С. 86-94.
2. Ильницкий А.Н., Старцева О.Н., Прощаев К.И., Рождественская О.А. Долговременный уход за пожилым человеком: фокус на индивидуальную жизнеспособность // Врач. 2020. Т. 31. № 6.
3. Алехина А.В., Силютин М.В. Функциональные способности пожилых людей и способы их выявления // Евразийский союз ученых. - 2020. - № 5. - С. 72-73.