

005531174

На правах рукописи

**ПОНОМАРЕВА
Ирина Петровна**

**ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ
ИННОВАЦИОННОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ
ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО
И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА**

14.01.30 - геронтология и гериатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

- 4 июл 2013

Санкт-Петербург – 2013

Работа выполнена на кафедре внутренних болезней № 2 ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки РФ

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Прощаев Кирилл Иванович

Официальные оппоненты:

Дьяконов Марк Михайлович, заслуженный деятель науки РФ, доктор медицинских наук, профессор, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН (СПБИГ СЗО РАМН), профессор-консультант отдела возрастной клинической патологии.

Иванова Манса Афанасьевна, доктор медицинских наук, профессор, ФГБУ «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник отделения организации лечебно-профилактической помощи.

Ведущая организация: Филиал ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава РФ «Научно-клинический центр геронтологии».

Защита состоится «09» июля 2013 года в 12.00 часов на заседании диссертационного совета Д. 601.001.01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110, Санкт-Петербург, просп. Динамо, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110, Санкт-Петербург, просп. Динамо, 3.

Автореферат разослан «07» июня 2013 года.

Ученый секретарь диссертационного совета
доктор биологических наук, профессор

Л.С. Козина

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность работы

По международным критериям население считается старым, если доля людей в возрасте 65 лет и более превышает 7% от всего населения. Это значит, что Россия, по меркам ООН, характеризуется высоким уровнем старости (от 16-18%) [Галанова Г.И., 2011].

Демографический прогноз на ближайшие десятилетия неутешителен. К 2015 году численность граждан старшего поколения увеличится на 3,1 млн. человек. Соответственно, структура населения по возрасту существенно изменится, доля лиц старших возрастов в структуре населения увеличится к 2016 году – до 24,5% [Какорина Е.П., 2008].

Для пожилых и старых больных характерно одновременное развитие 3-5 и более заболеваний, предрасположенность к множественным физическим, психическим и социальным проблемам [Сбоева С.Г, Ряженев В.В., 2003].

Улучшение качества жизни данной категории пациентов с хроническими прогрессирующими заболеваниями является одной из важнейших медико-социальных проблем современного здравоохранения, помочь решению которой призвана паллиативная медицина [Новиков Г.А., 2008].

Специалисты данной области медицины полагают, что этот вид помощи может рассматриваться в качестве неотъемлемой части общей системы медицинского обслуживания и интегрировать в систему лечения основного заболевания [Новиков Г.А. и соавт., 2008; 2010].

Традиционно паллиативную помощь связывают с онкологическими больными, но сложившаяся современная медико-демографическая ситуация диктует развитие паллиативной помощи неонкологическим больным, большую долю которых составляют лица пожилого и старческого возраста [Новиков Г.А. и соавт., 2008].

Множественная прогрессирующая хроническая патология у лиц старшей возрастной группы имеет ряд особенностей, в частности периоды обострения и декомпенсации. Поэтому больные с данной патологией часто нуждаются в паллиативной помощи не только в терминальном периоде, но и на протяжении всего течения болезни. Это определяет особую значимость паллиативной помощи в гериатрии как направления медико-социальной деятельности, направленной на улучшение качества жизни больных и их семей [Новиков Г.А, Рудой С.В., 2008; 2011; Goodwin DM и соавт., 2002; Recommendations from the European Association for Palliative Care, 2010].

Таким образом, на современном этапе развития гериатрической помощи актуальным является всестороннее изучение вопросов оказания паллиативной помощи людям пожилого и старческого возраста [Новиков Г.А. и соавт., 2004].

Цель исследования

Разработать инновационную региональную модель паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с соматической и психоневрологической патологией.

Задачи исследования

1. Изучить потребность пациентов пожилого и старческого возраста в паллиативной помощи при социально и клинически значимой неонкологической патологии.

2. Разработать клинические и клинико-социальные критерии отбора, принципы клинического динамического наблюдения и оптимальные формы оказания паллиативной помощи людям пожилого и старческого возраста.

3. Выявить особенности психологического фона у пациентов пожилого и старческого возраста при оказании паллиативной помощи.

4. Выявить медико-социальные потребности микроокружения пациентов и самих пациентов пожилого и старческого возраста при оказании паллиативной помощи.

5. Разработать региональную инновационную модель паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с хронической возраст-зависимой соматической и психоневрологической патологией.

Научная новизна

В диссертации впервые с позиций системного подхода разработаны и апробированы клинические и медико-организационные подходы к разработке инновационной модели паллиативной помощи на региональном уровне.

В работе впервые выявлена потребность в паллиативной помощи пациентов пожилого и старческого возраста при социально значимой неонкологической патологии. Показано, что в наибольшей степени в ней нуждаются пациенты со старческой астенией, остеоартрозом с выраженным ограничением функции суставов и нарушением передвижения, хронической сердечной недостаточностью четвертого функционального класса, последствиями инсульта с выраженными функциональными нарушениями, деменцией, переломом шейки бедра с развитием синдрома иммобилизации.

Впервые предложен критерий отбора пациентов пожилого и старческого возраста для начала оказания паллиативной помощи, основанный на определении степени зависимости от окружающих в повседневной жизни по шкале Бартела, при этом наличие полной зависимости больного при выполнении действий по самоуходу предложен в качестве клинико-социального критерия дифференциации больных для начала паллиативного сопровождения.

Впервые научно обоснованы особенности оказания паллиативной помощи на амбулаторно-поликлиническом этапе, а именно, исключение посещения пациентами поликлиники в связи с резким снижением самообслуживания и полной зависимостью от окружающих, кратность

активных врачебных посещений не менее $2,8 \pm 0,02$ в течение месяца; частота организации стационара на дому не менее $2,1 \pm 0,01$ в течение месяца.

Выявлены клинические, психологические и социальные потребности пациентов пожилого и старческого возраста в контексте оказания паллиативной помощи.

Впервые предложена региональная инновационная модель оказания паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста с хронической соматической и психоневрологической патологией, заключающаяся в мультидисциплинарном подходе и взаимодействии медицинских, социальных и психологических служб, объединенных единством цели – оказание качественной паллиативной помощи пациентам старшей возрастной группы на протяжении всей траектории болезни наряду с симптоматическим лечением. Данная модель повышает качество и доступность паллиативной помощи, а также оптимизирует использование ресурсов здравоохранения.

Практическая значимость

Результаты диссертации обладают медицинским, социальным и экономическим эффектами.

Медицинская значимость результатов исследования обусловлена тем, что нами обоснованы клинические особенности оказания паллиативной помощи в гериатрической практике, в частности, наличие полипатии и полиморфизма симптоматики, имеющей высокую степень выраженности. Разработаны клинико-социальные критерии отбора пациентов пожилого и старческого возраста для начала оказания им паллиативной помощи при тяжелой хронической прогрессирующей патологии до развития терминального периода, основанные на оценке функционального состояния и способности к независимому существованию. Применение указанных подходов позволяет своевременно выявлять больных с указанной патологией, нуждающихся в паллиативной помощи, обеспечивать раннее и полное проведение паллиативных мероприятий, что дает возможность сохранять максимально возможное качество жизни.

Социальная значимость работы обусловлена выявленными социальными потребностями пациентов пожилого и старческого возраста, нуждающихся в паллиативной помощи, а именно, потребностями в квалифицированном медицинском уходе, проведении лечебной физкультуры и массажа, организации забора анализов на дому. Это дает возможность оптимизировать бригадный метод ухода за пациентами старшей возрастной группы, а также повысить степень интеграции его медицинской и социальной составляющих.

Экономическая значимость работы заключается в том, что предложенные оптимальные формы оказания паллиативной помощи в гериатрии (кратность посещения лечащего врача на дому, количество случаев направлений пациента пожилого и старческого возраста в стационар на дому) способствуют снижению частоты вызовов скорой помощи и

частоты госпитализаций. Это позволяет оптимизировать вопросы планирования деятельности амбулаторно-поликлинических учреждений и более рационально расходовать материальные и финансовые ресурсы здравоохранения.

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Пациенты пожилого и старческого возраста имеют достоверно более высокую потребность в паллиативной помощи при тяжелой хронической неонкологической патологии по сравнению с лицами среднего возраста, при этом данный вид помощи в наибольшей степени востребован при таких синдромах и состояниях как старческая астения, остеоартроз с выраженным ограничением функции суставов и нарушением передвижения, хроническая сердечная недостаточность четвертого функционального класса, последствия инсульта с выраженными функциональными нарушениями, деменция, перелом шейки бедра с развитием синдрома иммобилизации.

2. Клиническими и клинико-социальными критериями отбора пациентов пожилого и старческого возраста для начала оказания им паллиативной помощи являются полная зависимость от посторонней помощи при выполнении больным ежедневных функций самоухода в сочетании с полиморфизмом симптоматики и высокой степенью функциональной недостаточности пораженной системы.

3. Пациенты пожилого и старческого возраста, которым оказывается паллиативная помощь, имеют ряд сопутствующих психологических проблем, наиболее значимыми из которых являются сложности взаимоотношений с окружающими, утрата способности к самостоятельному принятию решений, а также ощущения ценности жизни. Раннее выявление психологических проблем позволяет повысить эффективность паллиативного лечения и помощи в целом для поддержания качества жизни лиц старшей возрастной группы на максимально возможном уровне.

4. В основе региональной инновационной модели паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста, способствующей оптимизации использования ресурсов системы здравоохранения, лежит совокупность закономерностей в осуществлении отбора пациентов, учет медицинских, медико-социальных потребностей, психологических особенностей пациентов, а также социальных потребностей микроокружения, оказывающего уход.

Личный вклад соискателя

Автором лично определены цель и задачи исследования, проанализирована отечественная и зарубежная литература по изучаемой проблеме, разработаны методические подходы к проведению исследования. Автор непосредственно производил сбор данных, обработку и обобщение полученных материалов, подготовку основных публикаций по выполненной работе, написание и оформление рукописи, внедрение результатов диссертационного исследования в клиническую, научную и педагогическую деятельность. Личный вклад автора составляет 85%.

Апробация и реализация результатов диссертации

Результаты исследований, включенных в диссертацию, доложены и обсуждены на следующих научных съездах и конференциях: научно-практических конференциях «Амбулаторная практика – 2007, 2008» (г. Киев, 2007, 2008); научно-практической конференции и международном семинаре по паллиативной помощи (г. Санкт-Петербург, 2011г.); на научно-практической конференции с международным участием «Актуальные проблемы и задачи в духовно-нравственном и физическом становлении молодежи» (г. Старый Оскол, 2012); на 5-ой Юбилейной международной научно-практической конференции «Геронтологические чтения - 2012» (г. Белгород, 2012г.); на научно-практической конференции с международным участием «Профессиональное образование сегодня: поиск, творчество, инновации» (г. Белгород, 2012 г.); на III съезде геронтологов и гериатров России (г. Новосибирск, 2012г.).

Результаты диссертационной работы внедрены в деятельность кафедры внутренних болезней №2 НИУ «БелГУ» (Россия), кафедры теории и методики физвоспитания УО «Полоцкий государственный университет» (Беларусь), в практику деятельности медицинского центра «Ваша клиника» ООО «БелМедИнвест» (г. Москва, Россия), Управления социальной защиты Белгородской области, ФГОУ ДПО «Институт повышения квалификации ФМБА России». По результатам исследования подготовлена глава в учебное пособие «Основные гериатрические синдромы», рекомендованное учебно-методическим объединением по высшему непрерывному медицинскому и фармацевтическому образованию вузов России для слушателей курсов/циклов последиplomного образования.

Публикации

По теме диссертации опубликовано 17 работ, 6 статей в научных журналах из перечня ВАК Минобра РФ, 1 учебное пособие, 1 глава в учебном пособии с грифом УМО, 3 статьи в сборниках, 6 тезисов докладов.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из оглавления, введения, общей характеристики работы, основной части, состоящей из пяти глав, заключения, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников. Работа представлена на 145 страницах, содержит 23 таблицы, 6 рисунков и список использованной литературы, включающий 191 источник (в т.ч. 58 на иностранных языках).

ОСНОВНОЕ СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материал и методы исследования

Разработка принципов создания и реализации региональной модели паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста выполнена на основе методологии системного подхода.

Последовательно были решены задачи исследования, для чего на первом этапе проведен анализ организационно-распорядительной документации городской поликлиники № 1 муниципальной городской клинической

больницы № 1 города Белгорода на протяжении 2009 – 2012 гг. в отношении 3782 больных (1319 пациентов зрелого возраста и 2463 пациентов пожилого и старческого возраста) для выявления объемов и возрастных отличий в потребности в паллиативной помощи при хронической соматической и психоневрологической патологии. Возрастной и количественный анализ пациентов при изучении потребности в паллиативной помощи и разработке критериев отбора для оказания паллиативной помощи можно представить в виде таблицы (табл.1).

Таблица 1

Возрастной и количественный анализ пациентов при изучении потребности в паллиативной помощи и разработке критериев отбора для оказания паллиативной помощи

Синдромы/состояния	Возраст			
	Средний возраст (годы)		Количество пациентов (абс.)	
	Пациенты зрелого возраста	Пациенты пожилого и старческого возраста	Пациенты зрелого возраста	Пациенты пожилого и старческого возраста
Хроническая сердечная недостаточность	51,2±1,2	77,6±2,2	371	556
Дыхательная недостаточность	52,4±1,1	76,5±2,5	268	221
Последствия инсульта	54,1±1,5	70,7±3,3	202	335
Остеоартроз	54,6±1,1	67,9±2,7	255	502
Перелом шейки бедра	52,0±1,5	71,4±4,2	18	134
Деменция	56,5±1,6	78,1±3,3	58	225
Перелом позвоночника	49,2±1,5	69,3±1,4	28	39
Последствия синдрома падений	50,2±1,0	80,2±3,1	42	154
Психоорганический синдром	50,3±1,2	68,4±4,2	66	229
Старческая астения	0,0	77,7±1,0	0	42
Послеоперационная астения	57,2±1,2	67,9±1,4	11	26
ВСЕГО	53,2±1,2	74,8±3,3	1319	2463

Из этих пациентов для детального клинического и клинико-социального анализа было отобрано 342 человека пожилого и старческого возраста (от 60 до 89 лет), средний возраст составлял 76,9±1,3 лет. Контрольная группа - пациенты зрелого возраста (40-59 лет) (n=42), средний возраст 53,7±1,2 года.

Ввиду наличия у пациентов пожилого и старческого возраста полиморбидности критериями включения в исследование были ведущие синдромы при хронических прогрессирующих соматических и психоневрологических заболеваниях и/или состояния, ими обусловленные, определяющие тяжесть клинической картины и дальнейший прогноз для

жизни, достоверно подтвержденные данными физикального и инструментального исследования.

Критерии исключения – онкологические заболевания и болезни крови.

На втором этапе исследования применялась шкала Бартела для определения степени независимого существования пациентов старшей возрастной группы с целью разработки клинических и клинико-социальных критериев отбора пациентов для начала оказания паллиативной помощи, а также проведен анализ медицинской документации (медицинская карта амбулаторного больного и отрывной талон скорой помощи) для выявления таких параметров оказания паллиативной помощи в поликлинике, как кратность посещения лечащего врача в течение одного месяца; частота посещения лечащим врачом пациента на дому в течение одного месяца; частота вызова скорой помощи на протяжении одного месяца; частота госпитализации на протяжении полугода; количество направлений в дневной стационар на протяжении полугода; число случаев организации стационара на дому на протяжении полугода.

На последующих этапах для выявления особенностей оказания паллиативной помощи пациентам в возрасте 60 лет и старше нами впервые применялся оригинальный опросник, который состоял из нескольких блоков вопросов и позволил выявить клинические, психологические и медико-социальные аспекты этой помощи. Был проведен опрос вышеуказанных пациентов ($n=342$), соответствующих критериям включения в исследование, и их родственников ($n=32$) при наличии у пациентов мнестических и поведенческих нарушений.

На основе данных Федеральной службы статистики были рассчитаны основные демографические показатели, проведено их сравнение с общероссийскими, показана типичность демографической ситуации базового региона для страны в целом.

В работе применялись современные методы исследований в области геронтологии и гериатрии. В частности, клинические методы оценки состояния пациента (физикальные и инструментальные), действующие диагностические алгоритмы, рекомендованные профильными европейскими/национальными рекомендациями и/или нормативными документами Министерства здравоохранения РФ, выкопировка данных из медицинской документации, интервью при применении опросников и шкал, динамическое наблюдение и организационный эксперимент, а также методы статистической обработки результатов исследования: метод оценки значимости различий двух совокупностей путем применения критерия t-Стьюдента, коэффициент корреляции r . Разность показателей является достоверной при $t \geq 2$, в этом случае $p < 0,05$. Проводился расчет средних и относительных величин. Математико-статистическая обработка выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Возрастные аспекты потребности в паллиативной помощи

Проведен сравнительный возрастной анализ потребности в паллиативной помощи (на 100 пациентов соответствующего возраста) при ведущих синдромах и специфических состояниях (табл. 2).

Таблица 2

Сравнительный возрастной анализ потребности в паллиативной помощи (на 100 пациентов соответствующего возраста)

Синдромы/состояния	Возраст	
	Средний	Пожилой и старческий
Хроническая сердечная недостаточность	1,4 $\pm$ 0,3	3,2 $\pm$ 0,2*
Дыхательная недостаточность	0,3 $\pm$ 0,1	1,1 $\pm$ 0,1*
Последствия инсульта	0,2 $\pm$ 0,1	3,2 $\pm$ 0,4*
Остеоартроз	1,3 $\pm$ 0,3	4,4 $\pm$ 0,2*
Перелом шейки бедра	0,1 $\pm$ 0,01	3,1 $\pm$ 0,3*
Деменция	0,2 $\pm$ 0,01	3,2 $\pm$ 0,2*
Перелом позвоночника	0,1 $\pm$ 0,01	1,5 $\pm$ 0,2*
Последствия синдрома падений	0,2 $\pm$ 0,02	2,3 $\pm$ 0,3*
Психоорганический синдром	0,1 $\pm$ 0,02	2,4 $\pm$ 0,2*
Старческая астения	-	4,8 $\pm$ 0,1
Послеоперационная астения	0,1 $\pm$ 0,01	2,0 $\pm$ 0,1*

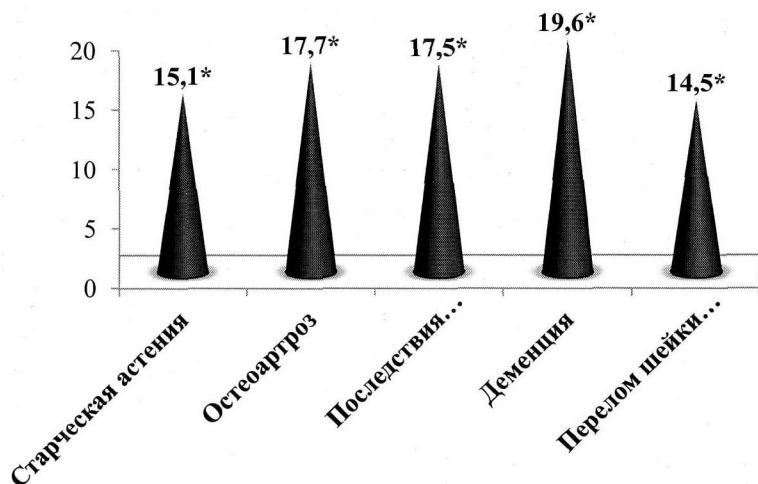
* $p < 0,05$ между пациентами среднего и пожилого/старческого возраста

Таким образом, для пациентов в возрасте 60 лет и старше потребность в паллиативной помощи при хронической патологии была достоверно более высокой по сравнению с лицами среднего возраста, что актуализирует проблему изучения и разработки ее функциональной модели. В среднем возрасте потребность в паллиативной помощи при хронической патологии неонкологической природы составляла 4,0 $\pm$ 0,2 пациента на 100 человек среднего возраста, в пожилом и старческом возрасте – 31,2 $\pm$ 0,5 пациента на 100 человек пожилого и старческого возраста, разность достоверна, $p < 0,05$. При этом потребность была достоверно более высокой при таких синдромах и состояниях, как, в порядке убывания значимости, старческая астения, остеоартроз, хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса, последствия инсульта, деменция, перелом шейки бедра, $p < 0,05$.

Особенности отбора пациентов для оказания паллиативной помощи

У всех пациентов с синдромами и состояниями, при которых имелась высокая потребность в паллиативной помощи (старческая астения, остеоартроз, хроническая сердечная недостаточность IV функционального класса, последствия инсульта, деменция, перелом шейки бедра), была

выявлена полная зависимость от окружающих лиц в повседневной жизни (среднее значение индекса Бартела $17,6 \pm 0,3$ балла) (рис.1).



* $p < 0.05$ по сравнению с лицами с неполной зависимостью

Рис.1. Степень независимого существования при полной зависимости (по шкале Бартела, в баллах).

Таким образом, полная зависимость пациентов старшей возрастной группы от посторонних лиц при выполнении действий по самообслуживанию была предложена в качестве клинико-социального критерия отбора пациентов для начала оказания паллиативной помощи

Особенности оказания паллиативной помощи в пожилом и старческом возрасте в поликлинике

При изучении особенностей оказания паллиативной помощи в пожилом и старческом возрасте нами были выявлены медико-организационные закономерности. Экспертная оценка проводилась путем анализа каждого случая медицинской помощи и сравнения реально примененной технологии с действующими международными/национальными клиническими рекомендациями и нормативными документами Минздравсоцразвития/Минздрава Российской Федерации. Анализ экспертных оценок показал, что в объеме всех изученных случаев оказания паллиативной медицинской помощи ($n=342$) кратность посещения лечащего врача в поликлинике составляла $0,1 \pm 0,01$. Это имело положительную корреляцию с мнением экспертной группы о том, что при оказании паллиативной помощи акценты ее оказания полностью смещаются по месту пребывания пациента, $r=0,76$, $p<0,05$.

С другой стороны, по данным экспертных оценок, частота посещения лечащим врачом пациента на дому при оказании паллиативной медицинской помощи была недостаточной. Она составляла $1,2 \pm 0,02$ посещений в течение месяца, по данным экспертных оценок целесообразная частота должна была составлять $2,8 \pm 0,02$ посещений, $r=0,75$, $p<0,05$.

Частота вызова скорой помощи в связи с ухудшением состояния пациента в течение месяца составляла $4,2 \pm 0,03$ вызова, по данным экспертных оценок частота вызова скорой помощи должна диктоваться состоянием пациента и осуществляться по потребности, $r=0,77$, $p<0,05$.

Частота госпитализации на протяжении полугода составляла $1,5 \pm 0,02$ случая, что соответствовало экспертной оценке, согласно которой данный показатель должен составлять $1,3 \pm 0,01$ случая, $r=0,78$, $p<0,05$.

Количество направлений пациента пожилого и старческого возраста в дневной стационар территориальной поликлиники на протяжении полугода составляло $0,09 \pm 0,01$ случая, по данным экспертных оценок целесообразная кратность направлений – $0,1 \pm 0,01$ случаев, $r=0,77$, $p<0,05$.

Вместе с тем, экспертная группа отметила недостаточную кратность организации такой формы организации паллиативной помощи как стационар на дому, которая составляла $1,2 \pm 0,02$ случая на протяжении полугода, по данным экспертных оценок – $2,1 \pm 0,01$, $r=0,79$, $p<0,05$ (табл.3).

Таблица 3

Экспертная оценка оптимальной организации паллиативной помощи в пожилом и старческом возрасте

Показатель	Реальная ситуация	Оптимальная ситуация (экспертная оценка)	Коэффициент корреляции/ Достоверность разности
Кратность посещения поликлиники (в месяц)	$0,1 \pm 0,01$	-	$r=0,76$, $p<0,05$
Кратность посещения врача на дому (в месяц)	$1,2 \pm 0,02$	$2,8 \pm 0,02$	$r=0,75$, $p<0,05$
Частота вызова скорой помощи (в месяц)	$4,2 \pm 0,03$	по потребности	$r=0,77$, $p<0,05$
Частота госпитализации (за шесть месяцев)	$1,5 \pm 0,02$	$1,3 \pm 0,01$	$r=0,78$, $p<0,05$
Частота направлений в дневной стационар (за шесть месяцев)	$0,09 \pm 0,01$	$0,1 \pm 0,01$	$r=0,77$, $p<0,05$
Частота организации стационара на дому (за шесть месяцев)	$1,2 \pm 0,02$	$2,1 \pm 0,01$	$r=0,79$, $p<0,05$

Анализ сложившейся ситуации позволил внести предложения для оптимизации медицинских услуг пациентам пожилого и старческого возраста с хроническими неонкологическими заболеваниями: исключить посещение пациентов поликлиники в связи с резким снижением самообслуживания и полной зависимостью от окружающих; увеличить кратность активных врачебных посещений пациентов (не менее $2,8 \pm 0,02$ в течение месяца); увеличить частоту организации такой формы помощи как стационар на дому (не менее $2,1 \pm 0,01$ в течение месяца), тем самым повысив доступность врача и среднего медицинского персонала при оказании паллиативной помощи.

Клинические особенности оказания паллиативной помощи в гериатрии

Нами рассмотрены особенности клинической симптоматики состояний, которые имеют место при оказании паллиативной помощи в пожилом и старческом возрасте. В частности, при изучении клинической картины хронических соматических и психоневрологических заболеваний пациентов группы наблюдения нами были выявлены следующие закономерности.

Была изучена частота встречаемости 29 ведущих клинических синдромов, из которых достоверно чаще встречались следующие: наличие боли в спине, в том числе при движении, глубоком вдохе – 294 пациента или 86,2%; боли в суставах ног, которые ограничивают передвижение – 292 пациента (85,4%); ограничения подвижности позвоночника, в том числе при сгибаниях – 291 пациент (84,5%); частые и выраженные боли в суставах рук, ограничивающие жизнедеятельность – 260 пациентов (76,2%); ухудшение памяти на текущие события – 215 пациентов (62,9%); перебои в работе сердца – 209 пациентов (61,4%); головокружение – 195 пациентов (56,7%), $p < 0,05$.

Из других симптомов имели место: постоянная дрожь в руках – 109 пациентов (32,3%); затруднения при ходьбе из-за того, что «плохо слушаются ноги» – 168 пациентов (49,2%); головные боли – 147 пациентов (42,5%); сжимающие или давящие боли за грудиной или в области сердца при ходьбе или физической нагрузке – 154 пациента или 45,4%; сжимающие или давящие боли за грудиной или в области сердца при психоэмоциональной нагрузке или в состоянии покоя – 153 пациента (45,2%); одышка при ходьбе или физической нагрузке – 75 пациентов (22,4%); одышка при психоэмоциональной нагрузке или в состоянии покоя – 55 пациентов (15,8%); появление отеков на нижних конечностях к концу дня – 48 пациентов (13,8%); постоянные отеки нижних конечностей – 113 пациентов (32,5%).

Кроме этого, отмечено наличие следующих симптомов (табл. 4).

Таблица 4

Частота встречаемости некоторых синдромов у людей пожилого и старческого возраста при оказании паллиативной помощи

Синдромы	Количество пациентов (абс.)	Количество пациентов (относ.%)	Факторная нагрузка
Плохое состояние зубов	181	52,8	0,897
Сжимающие боли за грудиной при физической нагрузке	154	45,4	0,856
Головные боли	147	42,5	0,852
Непроизвольное мочеиспускание	140	41,3	0,842
Снижение зрения	72	21,3	0,799
Повышение артериального давления	147	42,5	0,764
Снижение слуха	120	34,5	0,732
Постоянные отеки ног	113	32,5	0,548

Выявлено, что один пациент предъявляет $4,6 \pm 0,3$ жалобы, равноценные в отношении степени выраженности. Полученные результаты свидетельствовали о том, что пациенты, которым оказывалась медицинская паллиативная помощь, предъявляли значительное количество жалоб, что затрудняет процесс диагностики и может способствовать гиподиагностике ряда состояний, требующих неотложного врачебного вмешательства.

Психологические особенности оказания паллиативной помощи в гериатрии

С целью выявления психологических особенностей оказания паллиативной помощи в гериатрии нами были изучены психологические особенности личности пациентов, которые получали данный вид медицинских услуг. В частности, выявлены причины снижения уровня здоровья: 280 респондентов (82,4%) указало на то, что снижение уровня здоровья происходит по причине возраста, 140 пациентов (41,2%) – в связи с низкой доступностью медицинской помощи, 86 человек (24,5%) отметило невнимание родственников, 3 человека (1,2%) – нестабильное положение дел в стране, озлобленность окружающих как фактор, снижающий здоровье, отметило 10 человек (3,2%), 147 человек (42,5%) отметило одиночество как основную причину снижения здоровья.

Нами были определены основные психологические особенности пациентов старшей возрастной группы с тяжелой хронической соматической и психоневрологической патологией. При этом выявлены следующие данные (табл.5).

Таблица 5

Характеристика социально-психологического фона у людей пожилого и старческого возраста при оказании им паллиативной помощи

Позиция опроса	Количество пациентов (абс.)	Количество пациентов (относит., %)	Факторная нагрузка
Сложности во взаимоотношениях с окружающими	246	72,4	0,782
Нарушения сна	120	35,2	0,568
Раздражительность	198	58,2	0,627
Мысли о прошлом	311	91,4	0,900
Утрата способности самостоятельно принимать решения	277	81,1	0,856
Утрата ценности жизни	311	91,4	0,900
Тяжело переносится трудности	280	82,4	0,861
Склонность к спору	243	71,1	0,765
Чувство непонимания окружающего	239	70,3	0,734
Подверженность критике	205	60,1	0,669

Таким образом, пациенты пожилого и старческого возраста, которым оказывается паллиативная помощь, имеют комплекс психологических проблем, причем ведущими из них являются возникновение сложностей во взаимоотношениях с окружающими, наличие постоянных тягостных мыслей о прошлом, утрата способности к самостоятельному принятию решений, утрата ощущения ценности жизни, возникновение ощущения особенной сложности в перенесении жизненных трудностей. Именно эти позиции должны приниматься во внимание при проведении психотерапевтической коррекции для повышения качества паллиативной помощи.

Социальные особенности оказания паллиативной помощи в гериатрии

При изучении социальных аспектов оказания паллиативной помощи был проведен опрос пациентов и их родственников, в ходе которого были выявлены наиболее насущные потребности (табл.6).

При опросе пациентов по поводу того, кто осуществляет за ними уход, были получены следующие результаты: достоверно чаще уход осуществлялся детьми и родственниками – 41 опрошенный (12,2%), а также совместно детьми, органами социальной защиты, соседями – 82,3%, $p < 0,05$. Достоверно реже в процессе ухода были задействованы только соседи – 1 человек (0,3%), социальные службы – 17 человек (5,2%).

Были изучены также получаемые услуги при существующей системе оказания социальной помощи, доля медицинской составляющей при этом неоправданно мала (5,1%).

Таблица 6
Результаты опроса родственников пациентов пожилого и старческого возраста о потребностях, возникших в процессе ухода

Позиция опроса	Количество пациентов (абс.)	Количество пациентов (относит., %)	Факторная нагрузка
Улучшение медикаментозного обеспечения	15	4,5	0,392
Измерение артериального давления	11	3,2	0,340
Обработка пролежней	185	54,2	0,712
Осуществление обезболивания	109	32,1	0,501
Проведение курса массажа	41	12,4	0,468
Организация забора анализов на дому	291	85,2	0,888
Проведение кинезотерапии	294	86,4	0,901
Прочее	41	12,2	0,456

Таким образом, при оказании паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста целесообразным являлось повышение удельного веса медицинской составляющей предоставляемых социальных услуг как наиболее востребованной при оказании паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста.

Выявлено, что большинство пациентов получало указанные виды медико-социальных услуг на бесплатной основе – 315 человек (92,7%), частичная оплата имела место в 17 случаях (5,2%), полная оплата – в 10 случаях (2,1%).

При изучении того, какой вид помощи наиболее предпочтителен для пациента, были полученные следующие данные. Достоверно более часто имел место ответ «социально-бытовая помощь на дому» - 309 пациентов (89,2%), $p < 0,05$.

Региональная инновационная модель гериатрической паллиативной помощи при хронической соматической и психоневрологической патологии

На основании результатов проведенного исследования была предложена региональная инновационная модель паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста, имеющим хроническую прогрессирующую патологию неонкологической природы.

Основным звеном данной модели является *пациент*, нуждающийся в паллиативной помощи, а также его родственники и близкие. Проведенное

исследование доказало, что указанные пациенты имели комплекс проблем медицинского, медико-социального и психологического характера. Следовательно, современную региональную модель паллиативной помощи гериатрическим больным можно представить как систему взаимодействия медицинских учреждений, социальных и психологических служб (рис.2).



Рис.2. Региональная инновационная модель паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с хронической соматической и психоневрологической патологией.

Таким образом, каждое звено данной модели имеет свои задачи, объединенные единой целью - качественное паллиативное сопровождение больного пожилого и старческого возраста и его окружения на протяжении всего течения заболевания, а не только в его терминальной стадии. На основании полученных данных нами предложены задачи для различных звеньев оказания паллиативной помощи путем применения непараметрического математико-статистического анализа всех реально примененных технологий в сравнении с высокоэффективными случаями.

Задачами медицинских учреждений являются:

1. выявление потребностей данного контингента в паллиативной помощи ($\chi^2=7,6$, $p<0,05$);
2. диагностика и верификация диагноза с обязательным критериальным отбором больных (в нашем исследовании - это полная зависимость от окружающих по шкале Бартела, принятая в качестве критерия для начала паллиативной помощи пациентам старшей возрастной группы) ($\chi^2=8,5$, $p<0,05$);

3. оценка проблем социального и психологического характера для своевременной их коррекции специалистами соответствующих служб ($\chi^2=7,5$, $p<0,05$);

4. проведение адекватной симптоматической терапии, коррекция ведущих патологических синдромов и состояний (по результатам нашего исследования достоверно чаще у пациентов старшей возрастной группы встречались следующие: боль различной локализации, вызывающая функциональные расстройства; ухудшение памяти на текущие события; перебои в работе сердца; головокружение) ($\chi^2=7,7$, $p<0,05$).

Основными задачами психологических служб в общей модели паллиативной помощи являются:

1. оценка имеющихся у пациентов пожилого и старческого возраста психологических проблем в контексте паллиативной помощи в целом ($\chi^2=7,6$, $p<0,05$);

2. коррекция психологических проблем пациентов пожилого и старческого возраста на амбулаторном и стационарном этапах ($\chi^2=8,2$, $p<0,05$). По результатам исследования, прежде всего, это проблемы взаимоотношения с окружающими, наличие постоянных тягостных мыслей о прошлом, утрата способности к самостоятельному принятию решений, утрата ощущения ценности жизни, возникновение ощущения особенной сложности в перенесении жизненных трудностей. Особенности психологического статуса пациентов, нуждающихся в паллиативной помощи, является безразличие и пессимизм; снижение интереса к событиям, которые происходят за пределами дома;

3. оказание психологической поддержки родственникам ($\chi^2=7,5$, $p<0,05$);

4. психотерапевтическое сопровождение медицинских вмешательств и симптоматического лечения ($\chi^2=7,5$, $p<0,05$).

Для оптимизации деятельности социальных служб необходимо решение следующих задач:

1. социальная адаптация лиц пожилого и старческого возраста, имеющих тяжелую хроническую прогрессирующую соматическую и психоневрологическую патологию и повышение уровня их социального функционирования ($\chi^2=8,1$, $p<0,05$);

2. повышение доли медицинской составляющей паллиативной помощи ($\chi^2=8,5$, $p<0,05$). По данным исследования, наиболее востребованными услугами являлись: лечебная физкультура, организация и осуществление забор анализов на дому, осуществление обработки пролежней, адекватное проведение обезболивающих и иных мероприятий в области предоставления качественного ухода;

3. обучение членов семьи основам ухода ($\chi^2=8,0$, $p<0,05$);

4. помощь родственникам, осуществляющим длительный уход, и предоставление программ отдыха и психологической реабилитации ($\chi^2=7,9$, $p<0,05$).

Во многом качество паллиативной помощи определяется уровнем подготовки медицинских работников, в связи с чем, актуальным представляется введение образовательных модулей в программу подготовки специалистов на базе учреждений высшего и среднего медицинского образования, профессиональная переподготовка медицинских кадров и повышение квалификации.

Таким образом, паллиативная помощь больным пожилого и старческого возраста с хронической прогрессирующей соматической и психоневрологической патологией должна быть комплексной, основанной на межведомственном взаимодействии структур медицинской, социальной и психологической помощи. Представленная региональная инновационная модель направлена на повышение доступности и качества паллиативной помощи лицам старшей возрастной группы с хронической прогрессирующей патологией.

Клиническая апробация региональной модели паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста при основной клинико-социальной неонкологической патологии

Клиническая апробация разработанной региональной модели паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста с хронической соматической и психоневрологической патологией проводилась по следующим критериям ее эффективности: частота вызова скорой помощи и экстренной госпитализации, а также степень удовлетворенности пациента и его микроокружения паллиативной помощью.

Выявлено, что до внедрения предложенной нами технологии паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста с хронической прогрессирующей неонкологической патологией обращаемость на скорую помощь в течение месяца составляла $7,6 \pm 0,4$ случая, кратность экстренной госпитализации за месяц составляла $2,1 \pm 0,02$ случая. После внедрения мультидисциплинарной модели паллиативного сопровождения пациентов выборочной совокупности ($n=31$) эти показатели достоверно улучшились и составили - обращаемость на скорую помощь в течение месяца $3,2 \pm 0,1$ случая; кратность экстренной госпитализации за месяц $0,4 \pm 0,01$ случая, $p < 0,05$ (табл. 7).

Таблица 7

Динамика частоты вызова скорой помощи и кратность экстренной госпитализации после внедрения модели (абс.)

Показатель	До внедрения	После внедрения
Частота вызова скорой помощи (в месяц)	$7,6 \pm 0,4$	$3,2 \pm 0,1^*$
Кратность экстренной госпитализации (в месяц)	$2,1 \pm 0,02$	$0,4 \pm 0,01^*$

** $p < 0,05$ между группами*

Оценка степени удовлетворенности оказываемой помощью проводилась среди пациентов ($n=31$) и их родственников ($n=32$) из числа ранее включенных в исследование по разработанному нами оригинальному опроснику, включающему несколько блоков вопросов, позволяющих выявить оценку получаемых медико-социальных услуг и психосоциальное самочувствие респондентов. Результаты применения разработанной модели, основанной на межведомственном взаимодействии, показали достоверно возросшую удовлетворенность получаемыми услугами среди пациентов с 34,5% до 78,4%; среди родственников с 30,5% до 85,5%, $p<0,05$. Полная удовлетворенность принималась за 100% (табл.8).

Таблица 8

*Динамика удовлетворенности пациента и его микроокружения
паллиативной помощью после внедрения модели, (%)*

Показатель	До внедрения	После внедрения
Удовлетворенность пациента ($n=31$)	34,5%	78,4%*
Удовлетворенность родственников ($n=32$)	30,5%	85,5%*

* $p<0,05$ между группами

Таким образом, региональная модель паллиативной гериатрической помощи оценена нами по таким позициям как динамика обращаемости на скорую помощь и частота госпитализаций, а также динамика удовлетворенности пациентов и их микроокружения паллиативной помощью. Оценка динамики этих показателей производилась на протяжении полугода до и после внедрения разработанной модели.

Доказано, что под влиянием разработанной технологии паллиативного сопровождения в объеме всей выборочной совокупности имело место достоверное снижение обращаемости на скорую помощь в 2,38 раза, а также уменьшение количества экстренных госпитализаций в 5,25 раза и увеличение степени удовлетворенности предоставляемыми услугами пациентов в 2,27 раза и их родственников в 2,8 раза.

ВЫВОДЫ

1. Предложенная оригинальная методика предварительной оценки пациента старшей возрастной группы в контексте потребности в паллиативной помощи включает в себя выявление медицинских, медико-социальных и психологических проблем. При этом потребность в паллиативной помощи пациентов пожилого и старческого возраста с хронической соматической и психоневрологической патологией в 7,75 раз выше по сравнению с лицами среднего возраста.

2. Клиническими и клинико-социальными критериями отбора пациентов пожилого и старческого возраста для начала оказания паллиативной помощи является полная зависимость пациента от посторонних и дефицит самообслуживания (суммарный индекс по шкале Бартела от 0 до 20 баллов); наличие хронической прогрессирующей патологии с неблагоприятным прогнозом для жизни. При этом оптимальным вариантом оказания паллиативной гериатрической помощи является амбулаторная помощь с кратностью врачебного наблюдения не менее $2,8 \pm 0,02$ в течение месяца; частоте организации стационара на дому не менее $2,1 \pm 0,01$ курсов в течение полугода, кратности госпитализации в круглосуточный стационар на протяжении полугода выше $1,3 \pm 0,01$ случая.

3. У лиц пожилого и старческого возраста с тяжелой хронической соматической и психоневрологической патологией имеется комплекс психологических проблем (сложности во взаимоотношениях с окружающими, наличие постоянных тягостных мыслей о прошлом, утрата способности к самостоятельному принятию решений, утрата ощущения ценности жизни, возникновение ощущения особенной сложности в перенесении жизненных трудностей), которые могут влиять на приверженность пациентов проводимому симптоматическому лечению, следовательно, требуют своевременной коррекции.

4. При оказании паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста в реальной клинической практике уход предоставляется преимущественно детьми пациентов совместно с социальными работниками и соседями (82,3%), при этом удельный вес социальных работников не высок (5,2%), что свидетельствует о необходимости активизации данного вида деятельности. Наиболее востребованными при оказании паллиативной помощи являются медико-социальные услуги, доля которых в существующей системе социальной помощи составляет всего 5,1%. Одновременно крайне низким является клинический (медицинский) компонент медико-социальных услуг.

5. Разработанная на основе полученных данных региональная инновационная модель паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с хронической прогрессирующей социально-значимой патологией представляет собой интегрированное в существующую систему здравоохранения объединение медицинских, социальных и психологических служб (в том числе при возможном участии негосударственных фондов и организаций), а также учреждений профессионального медицинского образования. Внедрение данной модели паллиативной гериатрической помощи оптимизирует использование ресурсов регионального здравоохранения за счет снижения частоты экстренной госпитализации в 5,25 раза и вызова скорой помощи в 2,38 раза; повышает степень удовлетворенности пациентов в 2,27 раза и их микроокружения в 2,8 раза.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. В качестве основного критерия отбора пациентов пожилого и старческого возраста для оказания паллиативной помощи целесообразно применять шкалу Бартела, которая позволит выявить пациентов с наличием достоверной полной зависимости от посторонней помощи. При этом с учетом тяжести исходного состояния пациентов, необходимости динамического наблюдения, своевременного выявления ухудшения клинико-социального статуса, планирование паллиативной помощи целесообразно проводить на шестимесячный период.

2. При оказании паллиативной помощи и проведении симптоматического лечения пациентам пожилого и старческого возраста с тяжелой прогрессирующей патологией целесообразно учитывать следующие особенности: полиморфизм жалоб, одинаковых по степени своей выраженности, наличие комплекса психологических проблем с акцентом на сложности психосоциального взаимодействия; высокую потребность в медико-социальных услугах при одновременно усилении их клинической составляющей, в частности, в предоставлении профессионального ухода на дому (кинезотерапия, организация и осуществление забора анализов на дому, осуществление обработки пролежней, адекватное проведение обезболивающих мероприятий).

3. Для повышения качества и доступности паллиативной помощи пациентам пожилого и старческого возраста на региональном уровне целесообразна реализация модели гериатрической паллиативной помощи путем интегрирования в единую систему существующих элементов в современной системе здравоохранения, а именно, функциональное объединение деятельности медицинских учреждений, социальных и психологических служб, а также учреждений профессионального медицинского образования с привлечением ресурсов негосударственного сектора медицинских услуг для снижения затрат на здравоохранение (частных служб сиделок и т.д.).

СПИСОК РАБОТ, ОПУБЛИКОВАННЫХ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах из перечня ВАК

1. Пономарева, И.П. История развития хосписов в России //И.П.Пономарева //Фундаментальные исследования. –2012. - № 7 (часть 2). - С. 377-380.

2. Пономарева, И.П. Организационные аспекты паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с соматической прогрессирующей патологией //И.П.Пономарева //Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 3; URL: <http://www.science-education.ru/103-6251> (дата обращения: 17.05.2012).

3. Пономарева, И.П. Характер проблем гериатрических пациентов с соматическими неонкологическими заболеваниями в контексте паллиативной помощи //И.П.Пономарева, Л.Ю. Варавина, Т.И.Титенко //Научные ведомости

Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация (Геронтология и гериатрия). – 2012. – Вып. 20/1. – С. 30-32.

4. *Прощаев, К.И.* Принципы создания и реализации модели гериатрической паллиативной помощи (на примере Белгородского региона) /К.И. Прощаев, И.П.Пономарева//Вестник новых медицинских технологий. – 2013. – Т. 20, № 1. – С. 8-11.

5. *Прощаев, К.И.* Медико-демографические особенности г. Белгорода в контексте паллиативной гериатрической помощи/К.И.Прощаев, И.П.Пономарева, О.А. Гринько//Современные проблемы науки и образования. – 2012. – № 5; URL: <http://www.science-education.ru/105-6995> (дата обращения: 13.09.2012).

6. Клиническая эпидемиология основных гериатрических синдромов в неврологической и нейрохирургической практике/В.В. Кривецкий, К.И. Прощаев, И.П. Пономарева, И.В. Князькин, А.Е. Литвинов, Л.Ю. Варавина, О.Н. Евдокимова//Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация (Геронтология и гериатрия). – 2012. – Вып. 20/1. – С. 101-103.

Статьи в сборниках

7. *Пономарева, И.П.* Демографическая ситуация в России, ее медико-социальные и экономические последствия/И.П.Пономарева//Матер. научно-практической конф. с международным участием «Профессиональное образование сегодня: поиск, творчество, инновации» (30 апреля, 2012г., г. Белгород). - Белгород: ИПК НИУ «БелГУ», 2012. – С.34-36.

8. *Пономарева, И.П.* Школа сестринского ухода как один из аспектов паллиативной помощи/И.П.Пономарева//Матер. научно-практической конф. с международным участием «Профессиональное образование сегодня: поиск, творчество, инновации» (30 апреля, 2012г., г. Белгород). - Белгород: ИПК НИУ «БелГУ», 2012. – С. 32-34.

9. *Пономарева, И.П.* Этические аспекты сестринского ухода за пациентами с хроническими заболеваниями в контексте паллиативной помощи /И.П. Пономарева, Л.В. Деева//Матер. научно-практической конф. с международным участием «Актуальные проблемы и задачи в духовно-нравственном и физическом становлении молодежи» (30 марта 2012г., г. Ст. Оскол). – Изд. СМК, 2012. – С. 212 – 214.

Тезисы докладов

10. *Пономарева, И.П.* Принципы создания региональной модели гериатрической паллиативной помощи /И.П.Пономарева, К.И. Прощаев //Амбулаторная практика - 2007: Матер. ежегодной научно-практ. конф. - Киев - Кировоград: НИЦ ИТ, 2007. - С. 32.

11. *Прощаев, К.И.* Особенности оказания паллиативной помощи в пожилом и старческом возрасте /К.И. Прощаев, И.П.Пономарева //Амбулаторная практика - 2007: Матер. ежегодной научно-практ. конф. - Киев - Кировоград: НИЦ ИТ, 2007. – С. 45.

12. Пономарева, И.П. Проблемы оказания гериатрической паллиативной помощи при хронической соматической патологии /И.П.Пономарева, К.И. Прощаев //Амбулаторная практика - 2008: Матер. ежегодной научно-практ. конф. - Киев - Кировоград: НИЦ ИТ, 2008. – С. 18.

13. Прощаев, К.И. Возрастные аспекты потребности в паллиативной помощи (на примере г. Белгорода)/К.И. Прощаев, И.П.Пономарева //Амбулаторная практика - 2008: Матер. ежегодной научно-практ. конф. - Киев - Кировоград: НИЦ ИТ, 2008. – С. 22.

14. Пономарева, И.П. К вопросу о модели оказании паллиативной помощи гериатрическим больным/И.П.Пономарева // Сб.тезисов докладов III съезда геронтологов и гериатров России (24-26 октября 2012г., г. Новосибирск). – Новосибирск, 2012. – С. 311-312.

15. Пономарева, И.П. Обучение пациентов и их родственников – один из аспектов сестринской паллиативной помощи в гериатрии /И.П.Пономарева//Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича (Матер. V-ой международной научно-практической конф. «Геронтологические чтения-2012»), – 2012. - №1. – С. 32-42.

16. Пономарева, И.П. Клинические аспекты фармакотерапии при оказании паллиативной гериатрической помощи /И.П.Пономарева К.И. Прощаев//Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича (Матер. Первой международной научно-практической конф. «Фармакология, фармацевтическая технология и фармакотерапия в обеспечении активного долголетия»). – 2013. – №4. – С. 33.

Учебные пособия

17. Основы паллиативного ухода за пациентами с двигательными расстройствами: учебное пособие для медицинских сестер /[И.П.Пономарева, И. П. Дворяшина, Л.В. Зарубина, В.Т. Адамова и др.]; под ред.: И.П.Пономаревой. - Белгород: Изд-во НИУ «БелГУ», 2011. – 103 с.

18. Пономарева, И.П. Основы современной гериатрии /И.П. Пономарева, Г.Н. Сovenko, С.В. Богат//В кн.: Основные гериатрические синдромы: (учебное пособие, гриф УМО) /К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, Н.И. Жернакова; АНО «НИМЦ «Геронтология». – Белгород: Белгород. обл. тип., 2012. – С. 10-40.

ПОНОМАРЕВА Ирина Петровна ПРИНЦИПЫ СОЗДАНИЯ И РЕАЛИЗАЦИИ ИННОВАЦИОННОЙ РЕГИОНАЛЬНОЙ МОДЕЛИ ПАЛЛИАТИВНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА//Автореф. дисс. ... канд. мед. наук.: 14.01.30. – СПб., 2013. – 24 с.

Подписано в печать «07»июня 2013. Формат 60*84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 84.

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197376, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5, лит. А

СПИСОК ЦИТИРУЕМЫХ ИСТОЧНИКОВ

Галанова Г.И. Демографические вызовы России в системе национального здравоохранения, 2010; Какорина Е.П. Состояние и перспективы развития медицинской помощи в Российской Федерации, 2008; Сбоева С.Г, Ряженев В.В. Характерные черты старения населения и современные геронотехнологии, 2003; Новиков Г.А, Рудой С.В., Вайсман М.А., Самойленко В.В., Прохоров Б.М., Ефимов М.А. Современное состояние и перспективы развития паллиативной помощи в Российской Федерации, 2008; Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Самойленко В.В. Стандарты паллиативной помощи: обзор европейских рекомендаций. 2010; Goodwin DM *et al.* An evaluation of systematic reviews of palliative care services, 2002; 18(2):77-83; Recommendations from the European Association for Palliative Care. White Paper on standards and norms for hospice and palliative care in Europe: part 2, 2010; 17(1):22-33.