

## Геріатрична складова надання паліативної допомоги

7) формування позитивного ментально-інформаційного поля серед населення та цільових груп з питань громадської охорони здоров'я.

Таким чином, створена в м. Алмати мережа КГЗ є новим соціальним та маркетинговим інструментом розвитку у широких верствах населення відповідальності з охорони та поліпшення свого здоров'я; профілактики захворювань; формування механізмів розвитку стійких, саморегулюючих та довгострокових партнерських відносин між державними, громадськими інститутами та бізнесом з лобювання інтересів громадського здоров'я на всіх рівнях законодавчої та виконавчої влади.

Приклад діяльності КГЗ в Республіці Казахстан активно вивчається та планується застосувати у розвитку громадської охорони здоров'я та допомоги людям похилого віку, в т. ч. і паліативним пацієнтам, у м. Дніпрі, Україна.

Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.

### References/Литература

1. Eshmanova AK, Izmuhambetov TA, Ernazarova ZhSh i dr. (2016). *Rezultaty sotsiologicheskogo oprosa lits starshe 60 let, prozhivayuschih v Medeuskom rayone. Vestnik KazNMU. 4: 451–455.* [Ешманова АК, Измухамбетов ТА, Ерназарова ЖШ и др. (2016). *Результаты социологического опроса лиц старше 60 лет, проживающих в Медеуском районе. Вестник КазНМУ. 4: 451–455*].
2. Matveychik TV, Petsevich-Shchensna GE, Romanova AP. (2010). *Osobennosti organizatsii pomoschi pozhilyim lyudyam za rubezhom. Zdravoohranenie. 7: 24–27.* [Матвейчик ТВ, Пецевич-Шчэнсна ГЕ, Романова АП. (2010). *Особенности организации помощи пожилым людям за рубежом. Здоровоохранение. 7: 24–27*].
3. Organizatsiya ob'edinennykh natsiy. (1978). *Mezhdunarodnaya konferentsiya po pervichnoy mediko-sanitarnoy pomoschi. Alma-Ata.* [Организация объединенных наций. (1978). *Международная конференция по первичной медико-санитарной помощи, Алма-Ата*]. URL: [http://www.un.org/ru/documents/decl\\_conv/declarations/almaata78.shtml](http://www.un.org/ru/documents/decl_conv/declarations/almaata78.shtml).

УДК 616-08-039.15-053.9

М. Г. Ахаладзе, Л. М. Єна

## Геріатричні синдроми в паліативній допомозі хворим старшого віку

ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 92-94; DOI 10.15574/IJRP.M.2023.8.92

Постаріння населення – стабільний демографічний тренд упродовж не одного десятиліття. Специфікою нинішнього етапу постаріння є не тільки збільшення числа осіб віком від 65 років, але й виражене зростання чисельності людей віком від 80 років. Очікується не тільки зростання хронічних захворювань і поліморбідності, але й, так званих, геріатричних синдромів, пов'язаних із погіршенням функціонального стану. При цьому під функціональним станом розуміється не здатність органів і систем виконувати властиву їм діяльність, а функціонування індивідуума як біологічної і соціальної одиниці.

Стрімке зростання популяції літніх людей і асоційоване з цим зростання рівня поліморбідності, яка за поширенням перевищує найбільш розповсюджені види хронічної патології, розвиток геріатричних синдромів призвели до зміни як у діагностиці, так і в лікуванні.

У 40-х роках ХХ сторіччя відзначено, що функціональні порушення, зокрема, прикутість до ліжка, не завжди обумовлені класичними діагнозами. Так, уперше в історії медицини започатковано структуроване геріатричне обстеження. У центрі уваги опинилися не окремі хвороби, а поліморбідні стани і геріатричні синдроми, а менеджмент пацієнтів передбачає реалізацію комплексної геріатричної оцінки – сукупності

спеціальних методів обстеження (діагностика фізичного, психоемоційного і соціального статусу) із залученням мультидисциплінарної команди спеціалістів на чолі з геріатром і передбачає розроблення індивідуальних програм ведення пацієнтів, контроль за їх імплементацією.

Діагностика геріатричних синдромів є обов'язковою складовою комплексної геріатричної оцінки. Геріатричні синдроми класифікують як соматичні (мальнутриція, пролежні, нетримання сечі і калу, падіння і порушення ходи, гіпомобільність, запаморочення, атаксія, больовий синдром, порушення слуху і зору); психічні (деменція, делірій, порушення поведінки, депресія); соціальні (соціальна ізоляція, повна залежність від сторонніх, втрата здатності до самообслуговування, порушення сімейних зв'язків). Сформувалася певна ієрархія з виділенням чотирьох-п'яти головних геріатричних синдромів. Особливе місце в цьому переліку посідає синдром Frailty, який перекладається як «дряхлість, немічність, крихкість, астения, вразливість». Розвиваючись зазвичай на тлі кількох співіснуючих геріатричних синдромів, він призводить до вираженої втрати функціональних можливостей і здатності до самообслуговування, до повної залежності від сторонньої допомоги.

Число осіб із синдромом немічності та іншими геріатричними синдромами збільшується не тільки у зв'язку зі старінням населення, але й безпосереднім впливом тяжких захворювань. Як приклад, можна навести ВІЛ-інфікованих пацієнтів: завдяки антиретровірусній терапії вони живуть значно довше, і первинна патологія трансформується в хронічні захворювання, які, своєю чергою, ведуть до розвитку геріатричних синдромів.

Геріатричні синдроми прогностично значущі щодо тривалості життя, функціонального стану, якості життя. Їх виявлення означає кардинальні зміни в тактиці й стратегії лікування/обслуговування людей похилого і старечого віку. Різновиди геріатричної оцінки з акцентом на той або інший старечий синдром у розвинутих країнах із розвинутими геріатричними службами використовуються в усіх галузях медичної практики – кардіології, онкології, ендокринології, урології, психіатрії тощо.

Важливість використання комплексної геріатричної оцінки загалом і діагностики геріатричних синдромів, зокрема, у паліативній геріатрії не викликає сумнівів. Виявлення певних геріатричних синдромів допомагає зробити висновок щодо функціонального статусу хворого, сприяє ефективному плануванню паліативних втручань і, головне, визначає основні напрями корекції порушень, що впливають на якість життя.

Паліативна допомога в геріатрії розцінюється як медико-соціальний підхід, спрямований на підвищення якості життя осіб старшого віку, що мають геріатричні синдроми медико-соціального та соціально-психологічного характеру, які зумовлюють обмеження функціонування і високий ризик летальності. Такий підхід дає змогу поліпшити і полегшити організацію якісної паліативної допомоги, зокрема, виділити провідні геріатричні синдроми для уніфікованого відбору пацієнтів.

Згідно з рекомендаціями міжнародної експертної групи Центру спостереження і догляду за людьми похилого віку та невиліковно хворими людьми (BOOЗ, 2011), критеріями для початку паліативного втручання в пацієнтів старшої вікової групи є прогностичні індикатори ризиків летального наслідку: втрата маси тіла понад 10% упродовж останніх 6 місяців, загальний занепад сил, рівень сироваткового альбуміну менше 25 г/л, погіршення загального стану за індексом Карновського або шкалою ECOG-BOOЗ менше 50%, повна залежність від сторонніх.

Але, виходячи із сучасних тенденцій розвитку геріатричної практики, зазначені вище критерії відбору пацієнтів для надання паліативної допомоги необхідно доповнити провідними геріатричними синдромами, які визначають тяжкість клінічної картини, а також життєвий прогноз – пролежні, падіння, мальнутриція тощо.

Для кожного геріатричного синдрому рекомендується спектр спеціальних досліджень, що підкреслює відсутність єдиних стандартів для їх діагностики. Це ілюструють розбіжності в їх визначенні залежно від реалізованих методів. При дослідженні хворих на артеріальну гіпертензію і з рівнем поліморбідності  $4,6 \pm 1,2$  захворювань синдром немічності діагностовано у 17,5% пацієнтів – при використанні шкали FRAIL, і в 15% – за критеріями фенотипу Frailty; початкова дряхлість «prefrail» – 67,5% і 45,8% відповідно; синдром когнітивних порушень встановлено у 27% за швидким когнітивним тестом MINI-COG і тільки у 12% за результатами тесту MMSE. Наведені дані засвідчують необхідність розроблення стандартів діагностики геріатричних синдромів і їх менеджменту.

Поліморбідність значною мірою ускладнює критеріальний відбір пацієнтів. Тому надзвичайно важлива саме спеціалізована геріатрична оцінка з виділенням провідних геріатричних синдромів, розроблення уніфікованих критеріїв відбору для надання паліативної допомоги, заснованої не тільки на клінічних, але й на соціальних і функціональних характеристиках.

**Висновки.** Паліативна допомога в геріатрії є частиною системи спеціалізованої допомоги особам із крайнім ступенем старечої астєнії. Це вказує на необхідність спеціалізованої геріатричної оцінки ступеня функціонального дефіциту, діагностики геріатричних синдромів, вік-асоційованих станів із високим ризи-

## Геріатрична складова надання паліативної допомоги

ком летального наслідку. У кінцевому підсумку все це спрямовано на формування індивідуального плану лікувальних і реабілітаційних заходів, а також плану соціальної та психологічної підтримки.

*Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів.*

**Ключові слова:** геріатричні синдроми, пацієнти старшого віку.

УДК 616–053.9–08–039.75:303.022

О. І. Толстих<sup>1</sup>, В. А. Толстих<sup>2</sup>

### Складові якості життя паліативного пацієнта. Якість життя осіб похилого та старечого віку

<sup>1</sup>Національний університет охорони здоров'я України імені П. Л. Шупика, м. Київ

<sup>2</sup>ДУ «Інститут геронтології імені Д. Ф. Чеботарьова НАМН України», м. Київ

INTERNATIONAL JOURNAL REHABILITATION AND PALLIATIVE MEDICINE. 2023. 1 (8): 94-95; DOI 10.15574/IJRPM.2023.8.94

Актуальність проблеми надання паліативної та хоспісної допомоги населенню суттєво зросла вже у другій половині, а особливо – наприкінці ХХ сторіччя, у зв'язку з глибокими демографічними та соціальними змінами, що відбуваються в більшості постіндустріальних країн світу і полягають у постарінні населення зі значним накопиченням у популяціях осіб похилого та старечого віку та пов'язаними з цим суттєвими зрушеннями у структурі захворюваності та смертності, особливо серед осіб похилого і старечого віку.

З постарінням населення збільшуються тяжкість і тривалість хвороб, від яких страждають особи похилого та старечого віку, і змінюється розподіл нозологічних форм захворювань, що зумовлюють смертність. Епідеміологія захворюваності та смертності вже сьогодні накладає нові складні організаційні та фінансові проблеми на усі національні системи охорони здоров'я країн, яких це стосується. Особи, старші за 60 років, помирають від хронічних невиліковних хвороб, що тривають упродовж років, зокрема, гіпертонічної хвороби, наслідків інфаркту міокарда та інсульту, злоякісних пухлин, тяжкої патології легеневої системи, дегенеративних уражень головного мозку. Ці хвороби супроводжуються – тільки із суто медичної точки зору – як важкими фізичними і психологічними стражданнями самих пацієнтів, так і в багатьох випадках психічними порушеннями, аж до розвитку виражених депресивних станів. У цьому аспекті важливим стає питання: якими повинні бути дії лікарів у разі необхідності забезпечення довготривалого підтримання функцій хворого пацієнта при зниженні якості його життя.

У зв'язку з цим поняття «якість життя» набуває все більшого значення і використовується у формуванні медичної, соціальної політики та вирішенні проблем адаптації людини до умов існування, що змінилися при старінні та появі невиліковних захворювань, притаманних старості.

Отже, якість життя можна розглядати як інтегральний показник, що відображає ступінь адаптації людини до хвороби і можливості виконання звичайних її функцій відповідно до її соціально-економічного положення. Як визначає Всесвітня організація охорони здоров'я (ВООЗ), здоров'я – це не тільки відсутність хвороб, але й сукупність емоційного, соціального та фізичного комфорту. Близьке до цього визначення якості життя в Європі, а от американські спеціалісти додають до нього ще й поняття фінансового та духовного благополуччя.

ВООЗ розробила основні критерії якості життя та їхні складові:

1. **Фізичні:** сила, енергія, втомлюваність, біль, дискомфорт, сон, відпочинок.
2. **Психологічні:** позитивні емоції, мислення, вивчення, запам'ятовування, концентрація, самооцінка, зовнішній вигляд, негативні переживання.