

СОДЕРЖАНИЕ

| | |
|--|-----------|
| Список сокращений и условных обозначений | 7 |
| Предисловие | 10 |
| Введение | 15 |
| Раздел 1. ОБЩИЕ ВОПРОСЫ ПАТОЛОГИИ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. | 17 |
| Тема 1. Современный подход к организации сестринской помощи при заболеваниях пациентов пожилого и старческого возраста | 23 |
| 1.1. Основные понятия и термины | 24 |
| 1.2. Введение в тему | 24 |
| 1.3. Определение гериатрии | 25 |
| 1.4. Краткий исторический очерк | 26 |
| 1.5. Организация гериатрической службы в России | 36 |
| 1.6. Задачи сестринской службы в организации медико- социальной помощи лицам старших возрастных групп | 38 |
| 1.7. Обучение средних медицинских работников. | 43 |
| Контрольные вопросы. | 51 |
| Тема 2. Особенности сестринского процесса в гериатрии | 53 |
| 2.1. Основные понятия и термины | 53 |
| 2.2. Сестринская деятельность в гериатрии. | 54 |
| 2.3. Общие принципы ухода в гериатрии. | 55 |
| 2.4. Наблюдение за больными в гериатрическом отделении | 57 |
| 2.5. Основные особенности больных пожилого и старческого возраста. | 59 |
| 2.6. Приоритетные проблемы пациентов пожилого и старческого возраста. | 60 |
| 2.7. Гигиена и самогигиена людей в пожилом и старческом возрасте | 64 |
| 2.8. Профилактика падений в пожилом и старческом возрасте | 77 |
| 2.9. Реабилитация пациентов пожилого и старческого возраста с заболеваниями внутренних органов | 81 |
| 2.10. Паллиативная помощь | 83 |
| 2.11. Особенности фармакотерапии пожилого и старческого возраста. | 85 |
| Контрольные вопросы. | 91 |

Раздел 2. ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЙ ВНУТРЕННИХ ОРГАНОВ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. СЕСТРИНСКИЙ УХОД 93

| | |
|--|-----|
| Тема 3. Особенности клинического течения заболеваний органов дыхания у пациентов пожилого и старческого возраста. | |
| Сестринский уход | 99 |
| 3.1. Основные понятия и термины | 102 |
| 3.2. Должностные обязанности медицинской сестры | 105 |
| 3.3. Субъективное обследование медицинской сестрой больных пожилого и старческого возраста с заболеваниями органов дыхания | 106 |
| 3.4. Объективные методы обследования больных | 113 |
| 3.5. Особенности строения легких у пациентов пожилого возраста | 136 |
| 3.6. Сестринский уход при заболеваниях органов дыхания у пожилых пациентов | 137 |
| 3.7. Бронхиты | 137 |
| 3.8. Пневмония | 151 |
| 3.9. Бронхиальная астма | 159 |
| 3.10. Хроническая обструктивная болезнь легких | 170 |
| Дополнения | 189 |
| Контрольные вопросы. | 213 |

| | |
|---|------------|
| Тема 4. Особенности клинического течения заболеваний сердечно-сосудистой системы у пациентов пожилого и старческого возраста. Сестринский уход | 217 |
| 4.1. Основные понятия и термины | 221 |
| 4.2. Анатомо-физиологические особенности сердечно-сосудистой системы у старшей возрастной группы | 223 |
| 4.3. Уход и наблюдение медицинской сестрой за больными пожилого и старческого возраста с заболеваниями сердечно-сосудистой системы | 223 |
| 4.4. Участие медицинской сестры в обследовании пациентов с заболеваниями сердечно-сосудистой системы. | 225 |
| 4.5. Профилактика сердечно-сосудистых заболеваний. | 238 |
| 4.6. Заболевания сердечно-сосудистой системы в пожилом и старческом возрасте | 240 |
| 4.7. Атеросклероз | 241 |
| 4.8. Ишемическая болезнь сердца | 246 |
| 4.9. Инфаркт миокарда | 256 |
| 4.10. Артериальная гипертензия | 263 |

| | |
|--|------------|
| 4.11. Хроническая сердечная недостаточность | 271 |
| Дополнение 1. Измерение артериального давления на периферических артериях. | 285 |
| Дополнение 2. Дефицит пульса: определение и диагностика . | 288 |
| Контрольные вопросы. | 289 |
| Тема 5. Особенности клинического течения заболеваний желудочно-кишечного тракта у пациентов пожилого и старческого возраста. Сестринский уход | 293 |
| 5.1. Основные понятия и термины | 297 |
| 5.2. Анатомия пищеварительного тракта | 299 |
| 5.3. Краткие данные о возрастных особенностях пищеварительной системы, их роль в формировании патологии | 300 |
| 5.4. Наблюдение медицинской сестрой за пациентами пожилого и старческого возраста, страдающими заболеваниями пищеварительной системы. | 304 |
| 5.5. Факторы риска патологии органов пищеварения. | 306 |
| 5.6. Методы обследования пациентов с патологией пищеварительной системы. | 306 |
| 5.7. Практические сестринские манипуляции | 318 |
| 5.8. Особенности клинических проявлений и течения заболеваний желудочно-кишечного тракта в пожилом и старческом возрасте | 329 |
| 5.9. Заболевания пищеварительной системы у пациентов пожилого и старческого возраста | 331 |
| 5.10. Гастроэнтерологические проблемы у людей пожилого и старческого возраста. | 413 |
| Дополнение 1. Особенности питания в старости. | 425 |
| Дополнение 2. В чем секрет активного долголетия? | 429 |
| Контрольные вопросы | 430 |
| Тема 6. Особенности клинического течения заболеваний мочевыводящей системы у пациентов пожилого и старческого возраста. Сестринский уход. | 433 |
| 6.1. Основные понятия и термины | 436 |
| 6.2. Введение | 438 |
| 6.3. Сестринская деятельность в стационаре. | 439 |
| 6.4. Наблюдение за больными пожилого и старческого возраста в нефрологическом и урологическом отделениях . . . | 439 |
| 6.5. Участие медицинской сестры в обследовании больных с заболеваниями почек и мочевыводящих путей | 443 |

| | |
|---|------------|
| 6.6. Сестринская деятельность — катетеризация, промывание мочевого пузыря | 466 |
| 6.7. Краткие анатомо-физиологические данные о мочевыделительной системе | 474 |
| 6.8. Возрастные изменения мочевыводящей системы. | 475 |
| 6.9. Особенности клинических проявлений и течения заболеваний мочевыделительной системы в пожилом и старческом возрасте | 476 |
| Контрольные вопросы. | 527 |
| Раздел 3. ЗАБОЛЕВАНИЯ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА. | 529 |
| Тема 7. Особенности клинического течения заболеваний опорно-двигательного аппарата у пациентов пожилого и старческого возраста. Сестринский уход | 534 |
| 7.1. Основные понятия и термины | 535 |
| 7.2. Введение в тему | 536 |
| 7.3. Старение опорно-двигательного аппарата | 537 |
| 7.4. Заболевания опорно-двигательного аппарата у пациентов пожилого и старческого возраста | 538 |
| 7.5. Остеопороз | 540 |
| 7.6. Остеоартроз | 545 |
| 7.7. Участие медицинской сестры в обследовании пациентов с заболеваниями опорно-двигательного аппарата. | 549 |
| 7.8. Сестринский уход за пациентами с заболеваниями опорно-двигательного аппарата | 550 |
| 7.9. Подагрический артрит | 551 |
| 7.10. Болезнь Бехтерева | 567 |
| Контрольные вопросы. | 582 |
| Приложения | 584 |
| Список литературы | 591 |
| Предметный указатель | 595 |



СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ОРГАНИЗАЦИИ СЕСТРИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

*Трагедия старости не в том, что человек стареет,
а в том, что он душой остается молодым.*

Оскар Уайльд

Содержание темы

— Знания, умения.

- Основные понятия и термины.
- Введение в тему.
- Определение гериатрии.
- Краткий исторический очерк.
- Организация гериатрической помощи в РФ.
- Задачи сестринской службы в организации медико-социальной помощи лицам старших возрастных групп.
- Обучение средних медицинских работников.
- Профилактика заболеваний внутренних органов у пациентов пожилого и старческого возраста.
- Профилактика старения.

— Контрольные вопросы.

1.1. ОСНОВНЫЕ ПОНЯТИЯ И ТЕРМИНЫ

Амилоидоз — системное заболевание организма, при котором происходит отложение специфического гликопротеида (амилоида) в органах и тканях с нарушением функции последних.

Болезнь Альцгеймера — сложнейшее дегенеративное заболевание центральной нервной системы (ЦНС), которому присущи такие симптомы, как потеря памяти и логического мышления, заторможенность речи. Сенильная деменция альцгеймеровского типа — наиболее распространенная форма деменции.

Витаукт (от лат. *vita* — «жизнь» и *aucto* — «непрерывно увеличиваю, приумножаю») — целостные процессы, направленные на стабилизацию жизнеспособности организма.

Герогигиена (от греч. *gerōn* — «старик» и *hygieinos* — «целебный, приносящий здоровье») — социальная герогигиена исследует влияние социально-экономических факторов на состояние здоровья лиц старших возрастных групп.

Сомнология (от лат. *somnus* — «сон» и греч. *λόγος* — «учение») — раздел медицины и нейробиологии, посвященный исследованиям сна, расстройствам сна, их лечению и влиянию на здоровье человека.

Ювенология (от лат. *juvenalis* — «юный») — учение о способах сохранения и возвращения молодости.

1.2. ВВЕДЕНИЕ В ТЕМУ

С возрастом у людей возникает больше проблем со здоровьем. Статистика свидетельствует, что после 60 лет заболеваемость значительно увеличена по сравнению с заболеваемостью лиц из молодых возрастных групп. Лицам пожилого и старческого возраста именно поэтому очень необходима медицинская помощь. Актуальность гериатрии в этой связи возрастает. Гериатрию изучает специальный раздел медицины.

В медицине используют два термина: геронтология и гериатрия.

Геронтология (от греч. *gerōn* — «старик» и *logos* — «наука») — наука о старости и старении, которая изучает процессы старения с общепроцессуальных позиций, а также исследует суть старости и влияние ее наступления на человека и общество. Необходимо строго различать понятия старения и старости.

Гериатрия (от греч. *gerōn* — «старик» и *iatriáa* — «лечение») — отрасль медицины, занимающаяся изучением, профилактикой и лечением болезней старческого возраста.

Старость — закономерно наступающий заключительный период возрастного индивидуального развития (онтогенеза).

Старение — разрушительный процесс, который развивается в результате нарастающего с возрастом повреждающего действия внешних и внутренних факторов, ведущий к недостаточности физиологических функций организма. Процесс старения необратим. Закономерным завершением процесса старения является смерть.

В геронтологии выделяют несколько разделов.

- **Биологическое старение.** Эта область науки изучает процессы, протекающие в организме в связи с его старением.
- **Социальная геронтология.** Данный раздел занимается изучением воздействия социально-культурных и социальных условий на старение. Он рассматривает также социальные последствия этого естественного процесса.
- **Гериатрия.** Это важный раздел геронтологии.

1.3. ОПРЕДЕЛЕНИЕ ГЕРИАТРИИ

Гериатрия — отрасль медицины, занимающаяся изучением, профилактикой и лечением болезней старческого возраста.

В разделе изучают:

- медицинские аспекты старения;
- вопросы сохранения здоровья старых и пожилых людей;
- течение обычных болезней и старческих патологий.

Гериатрия изучает в основном поздний возраст. Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) разделяет возраст человека на несколько периодов. В этой классификации можно отметить:

- пожилой возраст — от 60 до 74 лет;
- старческий — от 75 до 89 лет;
- долгожители — старше 90 лет.

Эти границы — условные, так как у некоторых людей наблюдают преждевременное старение.

К факторам, влияющим на его развитие, относят:

- болезни в хронической форме;
- вредные привычки;
- продолжительные и часто повторяющиеся стрессы;
- неправильное питание;
- вредные факторы окружающей среды.

1.4. КРАТКИЙ ИСТОРИЧЕСКИЙ ОЧЕРК

Феномен старения интересовал людей с незапамятных времен. Мифы и легенды о вечной молодости, долголетию и бессмертии сопутствовали человечеству на протяжении всей его истории. Учение о старости берет начало с момента возникновения медицинской науки.



Рис. 1.1. Александр Комфорт (Alexander Comfort), 1920–2000

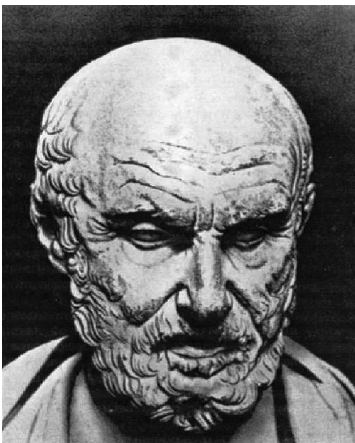


Рис. 1.2. Гиппократ, 470–377 гг. до н.э.

Английский геронтолог **Александр Комфорт** (рис. 1.1) определяет старение как процесс, который со временем увеличивает вероятность смерти, процесс постепенного снижения адаптации к внутренней и внешней среде и увеличения вероятности смерти от случайных факторов.

Признаки старения и болезней у старых людей описывали **Гиппократ** (рис. 1.2) и врачи его школы.

Ученые полагали, что течение заболеваний зависит от возраста. Для каждого возрастного периода существуют свои специфические предрасполагающие моменты. Патологическое развитие и завершение болезни связывали в древности исключительно с конституцией человека: с характером и общим телосложением. Так, по мнению Гиппократа, флегматики особенно подвержены болезням старости. Он подчеркивал, что люди с холодным темпераментом стареют быстрее. Напротив, для холериков старческий возраст — самый здоровый период жизни. Тогда же было отмечено, что старые люди лучше себя чувствуют летом и в начале осени.

Гиппократ и его последователи описали:

- специфические симптомы болезней почек, желчных путей в старости;

- старческое удушье и кашель;
- боли в суставах;
- головокружение;
- бессонницу;
- ослабление слуха;
- катаракту и другие симптомы старости.

Школа Гиппократов дала первое разграничение **хронологического возраста** человека:

- детство (*unventus*) — до 14 лет;
- зрелость (*adolescentia*) — от 15 до 42 лет;
- старость (*senectus*) — от 43 до 63 лет;
- долголетие (*senium*) — от 63 лет и старше.

В Древней Греции впервые была разработана схема гигиенического режима для старых людей. В основу этого режима был положен принцип умеренности во всем:

- прогрессивное уменьшение количества принимаемой пищи;
- сохранение привычных навыков;
- постепенное прекращение активной трудовой деятельности.

Древнеримский врач и ученый **Клавдий Гален** (рис. 1.3) изучал старение и старость исходя из концепции равновесия между элементарными качествами, такими как тепло, холод, влажность, сухость.

Гален ввел понятие «дисক্রазия» как феномен старости, проявляющийся потерей теплоты и влажности тканей и нарастающей сухостью человеческого тела. Гален впервые разграничил нормальное и болезненное старение, которое он называл *senium ex morbi*. Внимание врачей галеновской школы было обращено прежде всего на профилактику старости и стремление поддерживать гармоническое равновесие здоровья старого человека. Впервые рекомендации целесообразного гигиенического режима старых людей были оформлены в одно новое направление в медицине — *gerocomia* — герокомия, учение о старости.

Гален и его последователи отводили первое место в профилактике старости диете и питанию. Старым людям предлагали легкую пищу: нежирное мясо, рыбу, растительные масла, сухофрукты. Были разработаны правила личной



Рис. 1.3. Клавдий Гален, 129–200 гг. н.э.



Рис. 1.4. Авиценна, 980–1037

гигиены, которые включали периодические бани, массажи, активный образ жизни. Полное обездвижение старых людей расценивали как катастрофу с тяжелыми последствиями. Гален впервые обратил внимание на одиночество как на одну из основных причин старения. Он советовал старым людям жить в кругу своего семейства.

Авиценна (рис. 1.4) — яркий и самобытный представитель арабской медицинской науки — предписывал старым людям преимущественно молочно-растительную пищу, небольшие количества красного вина, прогулки, массаж, верховую езду и слабительные средства.

В эпоху **Средневековья** большой вклад в развитие геронтологии внесли врачи Салермской медицинской школы (Италия). Все правила режима для старых людей были обобщены в известной книге «Салермские правила о здоровье». Врачи этой школы пришли к выводу, что лекарское искусство не может удлинить жизнь человека вне пределов биологических норм, но что следует сделать все возможное, чтобы достигнуть этой границы жизни. Согласно представителям Салермской школы, меры для достижения долголетия должно принимать еще в активном возрасте: «умеренный образ жизни, радостное настроение и отдых».

Фрэнсис Бэкон (рис. 1.5), английский философ и ученый XVI в., внедрил новое направление в развитии геронтологии как науки.

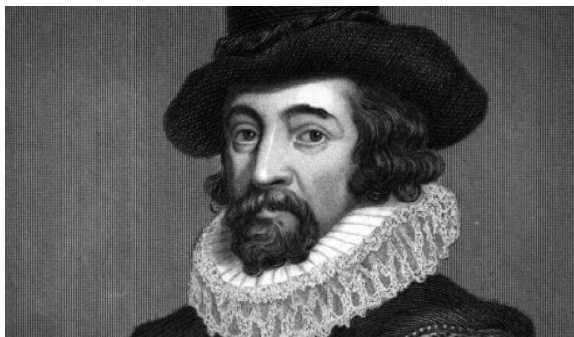


Рис. 1.5. Фрэнсис Бэкон, 1561–1626

В своей фундаментальной классификации наук Ф. Бэкон разделил все науки на две группы:

- науки о природе;
- науки о человеке.

Он специально выделил науку об увеличении продолжительности человеческой жизни, полагая, что путем систематического исследования процессов старения можно открыть причины старости. Ф. Бэкон был убежден, что самое большое влияние на процесс старения оказывают нездоровые привычки.

Кристоф Вильгельм Гуфеланд (рис. 1.6), немецкий геронтолог, выпустил в 1796 г. в свет сочинение «Искусство продлить человеческую жизнь, или Макробиотика».

К этому времени понятие «герокомия» не могло больше охватить все полученные результаты и наблюдения за процессами старения. С выходом книги Гуфеланда связывают новый период развития учения о старении и старости на основе непосредственного развития и достижений фундаментальных наук.

В это же время медики впервые начинают осуществлять контроль над клиническим развитием болезни у старых людей через аутопсию (вскрытие) умерших.

В XIX столетии в Германии, Англии, Франции клинические наблюдения становятся основными в развитии учения о старости.

В Париже создают гериатрические центры «Сальпетриер» и «Бисетр».

В Англии геронтология существует как пограничная дисциплина общей медицины, и лишь в первой половине XX в. ее связывают с достижениями биологии.

В США развитие геронтологии происходит значительно позже вследствие необходимости открытия специализированных заведений для хронически больных старых людей.

Врач **Игнац Нашер** (1863–1944), основоположник американской геронтологии, считал, что старость есть болезнь, перед которой медицина бессильна.

По его инициативе и под прямым его руководством в 1912 г. в Нью-Йорке создают первое научное общество гериатров. Науку о болезнях старости и старческого возраста И. Нашер предложил обозначить словом «гериатрия» по аналогии с «педиатрией» — наукой о болезнях детского возраста.

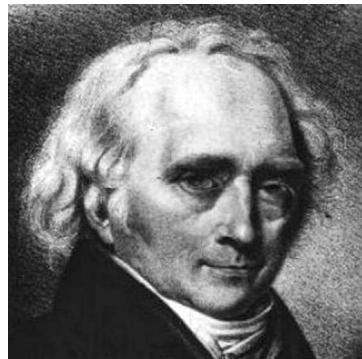


Рис. 1.6. Кристоф Вильгельм Гуфеланд, 1762–1836



Рис. 1.7. Ирвинг Фишер,
1867–1947



Рис. 1.8. Сергей Петрович
Боткин, 1832–1889

Ирвинг Фишер (рис. 1.7) выпустил в середине XVIII в. книгу «О старости, ее степенях и болезнях».

Основные идеи, которых придерживался И. Фишер при определении понятия здоровья и долголетия, касались конституциональных факторов и психики и их зависимости от экологии.

Огромное влияние в конце XIX в. в русской медицинской науке приобретают идеи известного врача **Сергея Петровича Боткина** (рис. 1.8).

Под его руководством предпринимают одно из обширных наблюдений за физиологией и патологией старости. Результаты исследования позволили разграничить понятия нормального и патологического старения.

Самой яркой фигурой в отечественной геронтологии в конце XIX — начале XX в. считают **Илью Ильича Мечникова** (рис. 1.9), нобелевского лауреата, выдающегося биолога.

И. Мечников первым предпринял попытку провести научный анализ старости и смерти на основе собственной теории, подробно изложенной им в двух работах: «Этюды о природе человека» и «Этюды оптимизма». На основе этой же теории он создал учение об ортобиозе — оптимистическом понимании жизни и смерти для обеспечения «полного и счастливого цикла жизни, заканчивающегося спокойной естественной смертью». В предельном возрасте, согласно ортобиозу, человек приобретает «инстинкт естественной смерти». В реальности, напротив, почти все старики очень желают жить.

«Давно уже было замечено, что чем дольше живешь, тем более хочется жить... Когда человек стар, даже очень стар, и привык к жизни, то умирать очень тяжело. Мне кажется, что молодые люди легче мирятся с мыслью о смерти, чем старики. Перейдя за 60 лет, человек становится трусом и не хочет более умереть».

По аналогии с Байроном:

Мы все — игрушки времени и страха.

Жизнь — краткий миг, и все же мы живем,

Клянем судьбу, но умереть боимся.

Вопрос о естественной смерти

И. Мечников считал наиболее существенным из трактуемых в его этюдах теоретических вопросов, причем под этим понятием он подразумевал явление, зависящее исключительно от самого организма, а не от каких бы то ни было случайностей, в том числе и болезней.

«Болезнь — это не более как эпизод. Недостаточно заниматься одним только выдумыванием способов лечения; нужно взяться за изучение общего вопроса о судьбе человеческой: почему человек неуклонно стареет и в конце концов умирает, когда в нем еще так велико желание жить?»

Ученый был абсолютно уверен, что продление срока жизни зависит от стараний самого человека. Приостановить старение невозможно, этим следует заниматься с молодости, поэтому геронтология обращена не столько к старикам, сколько к молодому поколению. Не случайно, что в последнее время наряду с развитием геронтологии возникла и приобрела популярность совершенно новая наука — **ювенология**.

И. Мечников определил еще одну причину старения человека. Учитывая мнение других медиков, что некоторые болезни можно объяснить алкоголизмом, ученый предположил причинную роль **аутоинтоксикации**, то есть самоотравления организма гнилостными бактериями, паразитирующими в толстых кишках.

Мировое признание русская геронтологическая школа получила после знаменитых исследований И. Мечникова, которыми он подтвердил предположение о существовании преждевременного старения человека. Обобщение И. Мечникова, что «старость есть болезнь, которую нужно лечить», по существу и до настоящего времени представляет актуальную проблему геронтологии. Многие идеи ученого о профи-

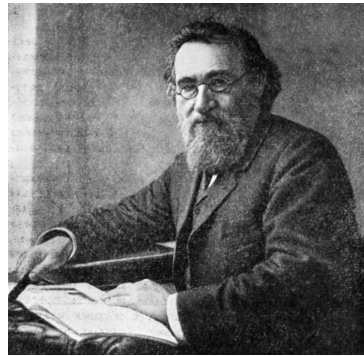


Рис. 1.9. Илья Ильич Мечников, 1845–1916

лактике старения и борьбе за долголетие не потеряли своего значения и в наши дни.

Российская наука сделала весомый вклад в создание экспериментальной базы и теоретических основ геронтологии.

В развитии исследований возрастных изменений неопределимо значение работ школы **Ивана Петровича Павлова (1849–1936)**. Современные представления о высшей нервной деятельности, об адаптационных возможностях организма, созданные ученым и его последователями, заложили фундамент современной геронтологии в нашей стране.

Первую отечественную геронтологическую школу создал **Александр Васильевич Нагорный (1887–1953)** в конце 1920-х гг. Ученый считал, что организм стареет как целостная система, снижающая с возрастом свои адаптационные свойства. Само старение, по мнению лидера школы и его учеников, есть системный процесс, один из этапов (последний) в развитии организма.

Основателем советской геронтологии считают **Александра Александровича Богомольца** (рис. 1.10).

В 1938 г. под его руководством была проведена одна из первых в мире научных конференций, посвященных проблемам старения и долголетия. В 30–40-е гг. в СССР особенно активно разрабатывали проблемы долголетия, был выдвинут тезис максимального продления человеческой жизни до 150 лет и более.

А. Богомолец согласно собственной теории старения (старение соединительной ткани) проводил крупное исследование по получению из костного мозга животных средства, способного победить старость. Антиретиккулярная цитотоксическая сыворотка должна была вызывать репаративные процессы в поврежденной соединительной ткани и усиливать ее защитные свойства, что позволило бы человеку жить дольше. За разработки А. Богомолец был награжден Сталинской премией и получил звание академика, Героя Социалистического Труда. Действие сыворотки, однако, было признано неэффективным.

В 1958 г. был создан первый в СССР Научно-исследовательский институт (НИИ) геронтологии и гериатрии Академии медицинских наук (АМН) СССР в г. Киеве. С этого времени развитие геронтологии, новый этап ее



Рис. 1.10. Александр Александрович Богомолец, 1881–1946

развития был связан с именами Д.Ф. Чеботарева, В.В. Фролькиса, Н.Н. Сачук, В.В. Безрукова, О.В. Коркушко, А.В. Токаря и др. Этот институт стал ведущим геронтологическим центром в СССР, полностью специализирующимся на изучении фундаментальных проблем старения. Разрабатывали три основных направления в геронтологии:

- экспериментально-биологическое;
- клинико-физиологическое;
- социально-гигиеническое.

Значение научных исследований и достижений советских геронтологов невозможно преуменьшить, они общеизвестны, получили международное признание.

Свой вклад в изучение проблем геронтологии и активного долголетия вложили отечественные ученые З.Г. Френкель, В.И. Никитин, И.А. Аршавский, И.В. Давыдовский, А.В. Нагорный, М.С. Мильман и многие другие. В это же время стали оформляться геронтологические школы и направления (ленинградская, киевская, московская, тбилисская и др.).

В декабре 2019 г. исполнилось 150 лет со дня рождения **Захария Григорьевича Френкеля** (1869–1970), одного из виднейших ученых, внесшего в становление геронтологии значительный вклад.

3. Френкель — наследник и продолжатель разработки идей геронтологии двух крупнейших русских ученых начала XX столетия: создателя Периодической системы элементов **Дмитрия Ивановича Менделеева** (1834–1907) и основоположника одной из первых теоретических концепций, касающихся проблемы старения, долголетия и смерти, **Ильи Ильича Мечникова**. Труды этих двух ученых подтолкнули к созданию фундаментального теоретического произведения З. Френкеля «Удлинение жизни и деятельная старость» (1945), позволившего сформулировать не только теоретические основы, но и прикладные аспекты геронтологии к человеку как биосоциальному объекту изучения закономерностей, определяющих его положение в человеческом обществе.



Рис. 1.11. Ипполит Васильевич Давыдовский, 1887–1968

Владимир Вениаминович Фролькис (1924–1999) и его научная школа специализировались на изучении физиологических механизмов старения. Изучали адаптационно-регуляторные механизмы. В. Фролькис пришел к выводу, что старение есть возрастное изменение, ведущее к снижению адаптационных свойств.

Ипполит Васильевич Давыдовский (рис. 1.11), отечественный геронтолог, придерживался несколько иных взглядов.

Он считал, что снижение некоторых биохимических показателей органов и тканей пожилого человека не следует рассматривать как снижение жизнеспособности организма в целом. Человеческий организм, по его мнению, от природы наделен большим резервом компенсаторных и приспособительных возможностей — гемодинамики, дыхания, выделительных и обменных реакций, нервно-психических отравлений. В итоге И. Давыдовский сделал весьма оригинальный вывод: с возрастом организм как бы освобождается от излишнего запаса прочности, но это не снижение, а, напротив, улучшение и укрепление его тканей.

Основатели отечественной геронтологии сформировались как ученые в прошлом веке, и тогда же они сформулировали идеи, которые стали фундаментальными в строящемся здании геронтологии. Их дальнейшая разработка привела к образованию теории геронтологии, созданию ее экспериментальной базы и, наконец, практическому использованию. Но это произошло уже в XX столетии.

Говоря о развитии геронтологии в XX в., следует перечислить предпосылки, созданные учеными смежных дисциплин и наукой в целом, которые способствовали обретению геронтологией реального статуса науки.

Стремительное приобретение биологией благодаря ее успехам приоритетного места в научных исследованиях и открытиях, использование ею данных химии и физики привело к созданию двух новых наук — **биохимии и биофизики**.

Большое влияние на сохранение здоровья и увеличение сроков жизни оказало рождение новой науки — **диетологии**, поставившей проблемы питания на научно-исследовательский уровень с использованием биохимических методов.

Развитие электронной промышленности помогло медикам в содружестве с физиками создать микропроцессор, имитирующий сигналы, посылаемые из мозга во внутренние органы пациента, и устраняющий возможные сбои в системе. Изобретение получило в быту название **электронной, или кремлевской, таблетки**. Для людей пожилого возраста

важно было положительное воздействие таблетки на такие старческие недуги, как атеросклероз и нарушение работы предстательной железы, поэтому ее производили и распространяли в обстановке строгой секретности.

В истории геронтологии существовали и курьезные способы омоложения. В 40-х гг. XX в. **Ольга Борисовна Лепешинская** сообщила, что сода может «сыграть большую роль и в вопросе борьбы со старостью», и предложила содовые ванны как средство омоложения, поддержания бодрости духа и тела. Рецепт «омоложения» был широко разрекламирован, и сода надолго исчезла из продажи. Научного обоснования, однако, метод не получил, и в настоящее время имеет историческое значение.

В 30-х гг. XX в. в геронтологии выделились самостоятельные исследовательские проблемы: геронтология человека, геронтология животных, геронтология растений, обособились молекулярная, биологическая, экологическая и эволюционная геронтологии.

Учитывая необходимость оказания помощи пожилым людям, как отечественные, так и зарубежные авторы и организации начали уделять значительное внимание этой проблеме. За рубежом вскоре после Второй мировой войны были созданы национальные ассоциации геронтологов и гериатров, образовавшие в 1950 г. Международную ассоциацию геронтологов.

На всемирных ассамблеях Организации Объединенных Наций (ООН) по старению (1982, 2002) были одобрены комплексы мероприятий по социальной защите и помощи пожилым. Геронтологическую помощь стали рассматривать как медико-социальную проблему. Были созданы крупные геронтологические центры в ряде городов Европы и Северной Америки.

В нашей стране первое городское общество геронтологов было создано в 1957 г. в Ленинграде. В дальнейшем был организован головной НИИ геронтологии АМН в Киеве и учреждено Всесоюзное общество геронтологов и гериатров. Началась работа по созданию кафедр гериатрии с целью подготовки врачей-гериатров, однако стройную систему гериатрической помощи в то время создать не удалось.

В РФ гериатрическую службу начали планомерно создавать лишь с конца 80-х — начала 90-х гг. Интенсификации этой работы способствовало объединение отечественных геронтологов и гериатров в Геронтологическое общество РАН (1994), которое впоследствии было принято в состав Международной ассоциации геронтологов.

1.5. ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИИ

Развитие гериатрической службы в РФ определяют прогрессирующее старение населения, рост заболеваемости пожилых, особенности патологии лиц старших возрастных групп и необходимость совершенствования организации их социальной и психологической поддержки.

Остроту проблемы определяют тем, что заболеваемость лиц пожилого и старческого возраста в несколько раз выше, чем людей трудоспособного возраста. Эта же проблема касается и потребности в амбулаторно-поликлинической и специализированной стационарной помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия, онкология и др.).

Приказ МЗ РСФСР от 01.02.1991 № 19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц» способствовал развертыванию в ряде лечебно-профилактических учреждений (ЛПУ) отделений, специализирующихся на уходе за пожилыми людьми.

Реализация этого приказа связана с открытием медико-социальных отделений для пожилых больных и инвалидов, центров геронтологии и гериатрии, созданием ассоциаций и научных обществ геронтологов и гериатров во многих регионах страны.

Особенности патологии пожилого возраста обусловили появление новой для РФ специальности — врач-гериатр.

Созданный в 1992 г. в Санкт-Петербурге Институт биорегуляции и геронтологии имеет чрезвычайно интересный опыт по созданию геропротекторов и фактически стал базовым учреждением Геронтологического общества при РАН.

В Самаре в 1996 г. на базе областного клинического госпиталя ветеранов войн решением коллегии администрации области был организован НИИ «Международный центр по проблемам пожилых».

Приказом МЗ РФ от 20.02.1997 № 55 образован Российский научно-исследовательский институт геронтологии, реорганизованный в настоящее время в Российский геронтологический научно-клинический центр.

Основные научные направления центра:

- научно-организационные аспекты геронтологической помощи в медицинских учреждениях РФ;
- изучение физиологических и биохимических процессов старения организма;

- разработка иммунологических и биохимических проблем старения;
- изучение роли жидкостных систем организма в старении клеток и тканей;
- совершенствование эфферентных методов в лечении заболеваний пожилого возраста, исследование терапевтических волновых воздействий на инволюционные процессы организма.

Приказом МЗ РФ от 27.08.1999 № 337 «О номенклатуре специальностей в учреждениях здравоохранения Российской Федерации» специальность «гериатрия» (040122.03) отнесена к специальностям, требующим углубленной подготовки. На данный момент гериатрическая служба в нашей стране представлена фрагментарно: не организована единая система с налаженным взаимодействием между звеньями.

Развитие отрасли, однако, продолжается. В каждом регионе главный гериатр и специалисты формируют единую команду по оказанию помощи пожилым и людям старческого возраста.

В 2016 г. опубликованы основополагающие политические и организационные документы — «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» и «Порядок оказания медицинской помощи по профилю “Гериатрия”».

Ключевым приоритетом стратегии служит развитие гериатрической службы как комплексной межведомственной системы предоставления индивидуальных медико-социальных услуг лицам старшего поколения, а порядок регламентирует эту систему, имеет силу закона и обязателен для исполнения на всей территории РФ.

Основной принцип, постулированный этими документами, — организация гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты.

«Порядок оказания медицинской помощи по профилю “Гериатрия”» определяет круг лиц, принимающих участие в оказании гериатрической помощи. Это врач-гериатр, врачи-специалисты [терапевт, врач общей практики (семейный врач), врач по медицинской реабилитации, врач по ЛФК, физиотерапевт, иные врачи-специалисты], а также работники, имеющие высшее немедицинское образование, — логопеды, медицинские психологи, инструкторы-методисты по ЛФК.

В команду гериатрической службы входит социальный работник. Он дает различные рекомендации пациенту и членам его семьи, рассказывает о льготах и пособиях, о ЛС, которые можно получать бесплатно, оповещает о социальных программах.

Важную роль способны сыграть психологи. Они помогают справиться с синдромом одиночества, решают проблемы, связанные с психологическим и физическим насилием в семье, проводят социальное и психологическое консультирование.

Особое внимание уделяют гериатрической подготовке врачей первичного звена и медицинских сестер.

1.6. ЗАДАЧИ СЕСТРИНСКОЙ СЛУЖБЫ В ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО- СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ЛИЦАМ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП

В настоящее время в мире насчитывают более 380 млн человек, возраст которых превышает 65 лет. В РФ пятую часть всего населения составляют люди пожилого и старческого возраста. В ближайшие 10 лет ожидают увеличения количества граждан старшего возраста примерно в 2 раза, то есть уже 40% населения будет отнесено к категории пожилого и старческого возраста. Уровень заболеваемости у пожилых людей по сравнению с лицами более молодого возраста выше в 2 раза, в старческом возрасте — в 6 раз. Все это указывает на необходимость расширения медико-социальной помощи пожилым и старым людям и обучения врачей и медицинских сестер разных профессий основам геронтологии и гериатрии.

Медицинская сестра, работающая на дому, на участке, — это основная фигура, организующая и координирующая многообразный процесс медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста с использованием для этого всех имеющихся в ее распоряжении ресурсов.

1.6.1. ЗАКОНОДАТЕЛЬНЫЕ МЕРОПРИЯТИЯ

С целью повышения объемов и качества оказания медико-социальной помощи лицам старших возрастов, профилактики преждевременного старения и интенсификации научных исследований в области геронтологии и гериатрии МЗ РФ издан приказ от 28.07.1999 № 297 «О совершенствовании организации медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации».

В настоящее время в РФ функционирует более 10 кафедр и курсов, обеспечивающих последипломную подготовку по геронтологии и гери-

атрии, учебно-педагогический процесс проводят и на додипломном этапе подготовки медицинского работника. Большую роль в становлении гериатрической службы в РФ играет проведение российских съездов геронтологов и гериатров.

В течение последних лет ежегодно организуют Международную научно-практическую конференцию «Пожилой больной. Качество жизни», приуроченную к празднованию Международного дня пожилого человека, который отмечают 1 октября начиная с 1991 г. (на 45-й сессии Генеральной Ассамблеи ООН — Международный день престарелых). В дальнейшем в русскоязычных документах ООН было принято название «Международный день пожилых людей».

Постоянно действующий организационный комитет конференции освещает вопросы фундаментальной геронтологии, достижений в области клинической геронтологии и гериатрии, популяризирует вопросы организации медико-социальной помощи пожилым, проводит многочисленные симпозиумы, школы и конкурсы молодых специалистов, выпускает печатные издания.

В современных цивилизованных государствах общество заботится о стариках. Не исключение и РФ. В 2016 г. в нашей стране МЗ РФ был утвержден порядок оказания медицинской помощи по гериатрии.

Согласно ему пожилые люди могут получить:

- первичную специализированную медико-санитарную помощь амбулаторно или в условиях дневного стационара;
- специализированную (в том числе высокотехнологичную) помощь в дневном и в обычном стационаре;
- паллиативную помощь амбулаторно или стационарно.

Все необходимые мероприятия могут проводить:

- в гериатрических отделениях (кабинетах) медицинских учреждений, которые оказывают амбулаторную помощь;
- в гериатрических отделениях медицинских организаций, оказывающих помощь в стационарных условиях;
- в гериатрических центрах.

Во всех странах мира вопросами профилактики старения и лечения больных пожилого и старческого возраста занимаются государственные и общественные службы. В РФ выделяют **два вида** геронтологической службы.

- Служба здравоохранения.
- Служба социальной помощи (профессиональная и добровольная).

1.6.2. СТРУКТУРА GERONTOLOGICHESKOY SLUZHBY

Геронтологическая помощь в РФ структурирована следующим образом.

1. Государственные организации.

– Министерство здравоохранения РФ.

В подчинении МЗ РФ состоят:

- главный геронтолог;
- научно-медицинские организации: медицинские вузы, факультеты геронтологии и гериатрии, академии, институты, факультеты профессионального образования, медицинские училища, колледжи и отделения повышения квалификации.

В ведении МЗ РФ находятся:

- организация **амбулаторной помощи**: поликлиник ветеранов, геронтологических кабинетов, подготовка кадров (участковых, цеховых, семейных врачей, фельдшеров, медицинских сестер);
- организация **стационарной помощи**: больниц ветеранов, специализированных геронтологических отделений, палат ветеранов, хосписов;
- организация **научно-клинических учреждений** (гериатрических центров).

– Министерство труда и соцзащиты (Минтруд России)

В ведение Минтруда России включены:

- оформление в дома-интернаты;
- организация санаторно-курортного лечения (СКЛ);
- назначение материальной помощи;
- организация патронажа на дому.

2. Общественные организации.

– Всероссийское общество Красного Креста.

– Совет обществ ветеранов и инвалидов.

– Благотворительные организации.

Для организации рациональной медико-социальной помощи пожилым ВОЗ выделяет группы наблюдения по наличию следующих ФР, требующих первоочередного разрешения проблем:

- прекращение трудовой деятельности и уход на пенсию;
- потеря близкого человека;
- одиночество, болезнь или невозможность полного самообслуживания;
- одиночество супружеских пар, неспособных к самообслуживанию;
- возраст старше 75 лет независимо от состояния здоровья.

Все учреждения, предназначенные для оказания помощи престарелым людям, можно разделить на следующие категории.

- Медицинские (гериатрические центры, гериатрические стационары, гериатрические кабинеты, отделения сестринского ухода, хосписы).
- Социального профиля (дома-интернаты для престарелых, отделения социальной помощи одиноким престарелым и инвалидам на дому при местных органах социального обеспечения, территориальные социальные центры пенсионеров).
- Общественные (общество здоровья и милосердия, советы ветеранов и др.).
- Социально-медицинские (общество Красного Креста и Красного Полумесяца).

В последнее время создают церковно-приходские общины милосердия.

Дома-интернаты для престарелых — наиболее старая форма социальной помощи одиноким пожилым людям. В них поступают пациенты, не имеющие возможности обслуживать себя или пользоваться посторонней помощью.

Изучение образа жизни, условий и состояния здоровья людей престарелого и старческого возраста показало, что для продления их жизни имеет значение наиболее длительное проживание в своем доме. В связи с этим возрастает роль работников отделений социальной помощи на дому.

Основными направлениями деятельности таких отделений служат:

- выявление и учет пенсионеров и инвалидов, нуждающихся в обслуживании;
- оказание социальной, бытовой и другой необходимой помощи на дому;
- содействие в предоставлении обслуживаемым лицам льгот и преимуществ, установленных действующим законодательством.

1.6.3. ПРОБЛЕМЫ ГЕРОГИГИЕНЫ

Пожилый (старый) человек, предъявляющий жалобы, — это пациент, у которого необходимо выявить симптомы соответственно жалобам, провести адекватную диагностику, установить стадию и степень развития патологических процессов, провести лечение различными методами и средствами с учетом их воздействия на организм. Медицинский работник должен обладать широким диапазоном знаний в области биологии старения человека, профилактики преждевременного старения, что тесно связано с проблемами герогигиены, знать особенности организации ухода за больными старшего возраста при проведении разных видов терапии.