

*Медико-технологическое
предприятие
НЬЮДИАМЕД*

КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

*Научно-практический
рецензируемый журнал.
Основан в 1995 г., Москва*

Издательство «Ньюдиамед»

Лицензия на издательскую
деятельность ИД N 00169
от 1 октября 1999 г.

Директор издательства:
Буланова В.А.
Зам. директора по рекламе:
Рихард Г.С.

Адрес редакции:

*115446, Москва,
Коломенский пр., 4, ГКБ N 7
Кафедра гематологии и гериатрии
Тел./факс (095) 118-74-74
E-mail: mtpndm@dol.ru
Internet: www.zdrav.net
zdravkniga.net*

*Оригинал-макет изготовлен
издательством «Ньюдиамед»*

Зав. редакцией:
Буланова В.А.
Корректор:
Чаянова С.М.
Компьютерная верстка:
ООО «Электронинформ»

Индекс журнала 72767

*по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ
«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»*

Том 12

4-2006

(Апрель)

*При перепечатке ссылка
на журнал обязательна
© Издательство «Ньюдиамед»*

*При оформлении обложки
использована работа А. Дюрера*

Формат 60x84/8
Печ. листов 7. Заказ
Отпечатано в ООО «Возрождение»

*Главный редактор П.А. Воробьев
Первый зам. главного редактора М.Г. Глезер*

Редакционная коллегия:

В.Н. Анисимов зам. главного редактора
(фундаментальная геронтология),
Е.И. Асташкин,
И.Н. Денисов,
Л.М. Горилловский,
Ю.В. Конев,
Л.Б. Лазебник,
А.И. Мартынов,
Е.Л. Насонов,
Н.И. Некрасова,
Л.К. Обухова,
А.Д. Пальман,
В.А. Парфенов,
Д.В. Преображенский,
Т.А. Федорова,
В.В. Цурко

Редакционный совет:

Р.Ш. Бахтияров (С.-Петербург),
Б.С. Брикин (Москва),
А.И. Воробьев (Москва),
Л.М. Белозерова (Пермь),
В.С. Гаеин (Москва),
В.Г. Герасимов (Ярославль),
Ф.И. Комаров (Москва),
Г.П. Котельников (Самара),
Х.Дж. Коэн (Дурэм, США),
В.А. Насонова (Москва),
В.В. Серов (Москва),
В.Х. Хавинсон (С.-Петербург),
А.Л. Хохлов (Ярославль),
В.В. Чельцов (Москва),
А.И. Яковлев (Москва),
О.Г. Яковлев (Самара)

Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2006

**Редколлегия журнала «КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»
просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию журнала,
в строгом соответствии с правилами.**

ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ

- I. Журнал «Клиническая геронтология» публикует статьи, освещающие фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики, лечения, реабилитации, ухода, деонтологические, медико-социальные аспекты гериатрии. Это передовые и оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных геронтологических журналах. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану.
- II. Статья должна быть напечатана и представлена в редакцию и (обязательно) набрана на компьютере в любом текстовом редакторе в системе Windows (перенос слов не делать).
- III. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 300–350 строк шрифтом не менее 12-го кегля.
- IV. В выходных данных указывается название работы, инициалы и фамилия авторов, название учреждения, в котором выполнена работа, город. Необходимо сообщить фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция будет иметь переписку, его адрес и телефон. Статья должна быть тщательно выверена автором, т. к. редакция не высылает корректуру.
- V. Математические и химические формулы должны быть написаны очень четко, с указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это не ясно из текста.
- VI. Таблицы должны быть компактными, иметь название, текст статей должен содержать ссылку на таблицу. Цифры в ней не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.
- VII. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков, необходимых для понимания текста. Рисунки должны быть представлены на дискете в любом графическом редакторе и в распечатанном виде. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисуночные подписи. В тексте статьи должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6×9 см и хорошего качества.
- VIII. К статье необходимо приложить список всей цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: фамилия и инициалы автора, название журнала, год, том, вып., стр. (Название статей не дается). Пример: Серов В.В. Клин. геронтол. 1995; 1: 3–8.; Ringvold A., Davanger M. Brit. J. Ophthal. 1981; 65: 138–141.
- IX. Для книг и сборников точные заглавия по титульному листу, место и год издания. В список литературы не включаются неопубликованные работы (за исключением препринтов) и ссылки на учебники.
- X. К каждой статье должен быть приложен список ключевых слов (в русском и английском вариантах).
- XI. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!
- XII. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения.

Статьи следует направлять по адресу:

**115446, Москва, Коломенский проезд 4, ГКБ 7. Кафедра гематологии и гериатрии
ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология»
E-mail: mtprndm@dol.ru**



УДК 614.2⇒364

РЕФОРМА СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

В.М. Васильчиков

Российский государственный социальный университет, Москва

Ключевые слова: социальная защита населения, социальное обслуживание, качество жизни, пожилые люди
Key words: social protection of the population, social care, quality of life, elderly people

На современном этапе развития России приходится констатировать, что практически все социальные реформы, проводимые в нашей стране, почему-то не улучшают, а чаще, наоборот, ухудшают качество жизни основной массы населения, в том числе и пожилых людей. Хотя

по своим намерениям они являются правильными и даже прогрессивными, но в большинстве случаев плохо продуманными и поспешно реализуемыми, а механизмы их проведения вполне соответствуют ставшей крылатой фразе: «Хотели как лучше, а получилось как всегда».

Среди таких реформ не являются исключением и реформы, связанные с пенсионным обеспечением, предоставлением льгот (так называемая монетизация) и социальным обслуживанием, затронувшие интересы многих групп населения, но преимущественно все же граждан пожилого возраста.

Сейчас политики уже признаются, что, оказывается, к реформированию пенсионной системы никто не был готов: ни население, ни работодатели, ни банковская система. А из заявлений руководства Пенсионного фонда Российской Федерации следует, что будущие пенсионеры в 2027 г. вряд ли будут жить лучше сегодняшних получателей пенсий. И как действительно может повыситься качество их жизни, если пенсионная реформа изначально была запрограммирована на невысокий размер пенсий по ее окончании (в пределах 37–38% от средней заработной платы), мало отличающийся от исходных, можно сказать, не очень-то приличных показателей для, как принято считать, развитой страны.

Следует отметить, что в последние годы показатель отношения размера средней пенсии к средней заработной плате у нас стал снижаться и в настоящее время не превышает 26%, что никак не соответствует международным стандартам (по минимуму Международной организации труда этот показатель должен быть не менее 50, а в развитых странах – 80%).

Разумеется, ни у кого в последние годы не вызывало сомнения, что реформирование системы льгот необходимо, так как Россия не может дальше существовать, имея в составе населения 2/3 льготников. Но реформа льготной системы началась поспешно, даже без предварительного выяснения численности этих самых льготников, стоимости вопроса и, самое главное, без учета финансовых возможностей регионов.

На деле же оказалось, что у большинства субъектов Российской Федерации средств на монетизацию льгот просто нет (в последние годы более 80% регионов выкручивались с предоставлением льгот населению в основном за счет средств, дотируемых им федеральным центром). У регионов на начало реформы не оказалось не только средств, но и механизма реализации федерального закона от 22 августа

2004 г. № 122-ФЗ, а у населения – правдивой информации.

Результат не замедлил сказаться – в ряде регионов, когда ветераны столкнулись с транспортными проблемами, возникли стихийные акции протеста.

Мало того, при проведении этой реформы ветераны потеряли свой федеральный статус, т. е. возможность пользоваться льготами (в том числе и в эквивалентном выражении) при поездках в соседний регион или при переезде в другой регион на постоянное жительство.

Оказался нарушенным в очередной раз и принцип социальной справедливости по отношению к ветеранам – право на внимание со стороны государства все заработали равное, а денежный эквивалент предлагается всем разный, исходящий опять-таки не из их права на него, а из финансовых возможностей региона. В выигрыше оказались лишь сельские ветераны, в большинстве своем никогда не пользовавшиеся установленными им льготами, которые могут получать реальную прибавку к пенсии в денежном выражении. А качество жизни городских пенсионеров, которых в стране значительно больше, чем сельских, заметно ухудшилось в большинстве субъектов Российской Федерации.

Кстати, в результате монетизации пострадали не только «льготники», но опосредованно и бюджетники (медицинские, педагогические и социальные работники и др.) – их лишили различных местных надбавок к заработной плате, права на бесплатный проезд и т. д. То есть государством, без ущерба для себя, был применен классический социалистический принцип перераспределения – средства, предназначенные для поддержания качества жизни хотя бы на минимальном уровне, отобрали у одних нищих (бюджетников) и передали их другим нищим (бывшим льготникам).

По большому счету, реформу системы социальных льгот следует признать провалившейся, так как она не достигла своей цели – полного возмещения отмененных льгот денежным эквивалентом.

Вообще же лучшим выходом из «льготного тупика» была бы полная отмена всех льгот и обеспечение работающих достойной заработной платой, а нетрудоспособных – дифференциро-

ванными пенсиями с учетом реального прожиточного минимума.

О реформе системы социального обслуживания населения говорят значительно меньше, чем о монетизации льгот. Связано это скорее всего с относительной «дешевизной» данных преобразований и проведением определенных организационных мероприятий в рамках Конституции РФ (статья 72) силами самих регионов практически без участия федерального центра.

Остается, правда, неясным, почему, спустя почти 10 лет после начала формирования муниципального сектора социального обслуживания, вдруг появилась острая необходимость передачи его в ведение регионов. Ведь он существовал на законных основаниях. Сразу возникает вопрос, как в 1995 г. могли быть приняты законы о социальном обслуживании населения, если они однозначно не соответствовали Конституции 1993 года? Вряд ли их авторов, законодателей и юристов Администрации Президента Российской Федерации можно обвинять в конституционной неграмотности. Скорее всего, политикам было выгодно на первом этапе формирования системы социального обслуживания населения значительную часть вопросов решить за счет средств муниципальных образований.

Решение о ликвидации муниципального сектора социального обслуживания хоть и принято в рамках действующей в нашей стране Конституции, но никак не согласуется с мировыми тенденциями. В большинстве стран, уже много десятилетий занимающихся социальной работой, социальные услуги населению оказываются либо муниципальными (коммунальными) службами, либо частными агентствами.

Ликвидация муниципального сектора социального обслуживания не прошла без потерь: в некоторых регионах процедура передачи муниципальных учреждений в ведение субъектов Российской Федерации сопровождалась отказом органов местного самоуправления сохранить за этими учреждениями помещения, находящиеся в муниципальной собственности.

Так, в г. Краснодаре, например, три муниципальных социально-оздоровительных центра, в том числе и предназначенные для пожилых людей, очень оперативно передали из ведения социальной защиты населения в ведение народ-

ного образования и здравоохранения, сохранив тем самым и недвижимость, и учреждения в целом за муниципалитетом. А под шумок этот город потерял в системе социального обслуживания граждан пожилого возраста еще одно учреждение — центр «Ветеран», который создавался с использованием средств федеральной целевой программы «Старшее поколение» для организации полустационарного дневного обслуживания и временного проживания одиноких пожилых людей — он был перепрофилирован в детское социальное учреждение. И это было сделано при неудовлетворенной и быстро растущей очередности на стационарное обслуживание ветеранов.

А что будет с домами малой вместимости на 10–15–20–25 коек в сельской местности, созданными и содержавшимися за счет средств муниципальных бюджетов? Выполняя фактически стационарные функции, они не являются стационарами, и поэтому не могут претендовать на вхождение в структуру дома-интерната, находящегося на региональном бюджетном обеспечении. Если же эти дома останутся в прежнем статусе, то для бюджета любого субъекта Российской Федерации это будет весьма накладно по причине их явной нерентабельности.

Еще одним серьезным минусом является то, что бывшие муниципальные социальные учреждения остались без финансовой поддержки местных органов власти, а их работники — без муниципальных надбавок к заработной плате, так как в одночасье оказались чужими для муниципалитетов, продолжая, между прочим, как и прежде, обслуживать тех же самых клиентов — жителей этих муниципальных образований.

В то же время наиболее затратная отрасль — здравоохранение — оставлена в ведении органов местного самоуправления, которые по причине постоянного бюджетного дефицита уже успели ее основательно разрушить, особенно в сельской местности. Зарубежный же опыт свидетельствует о том, что за организацию медицинской помощи населению, как правило, отвечают органы региональной власти.

Как показала практика, объединение двух федеральных ведомств в Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации и создание соответствующих объ-

единенных федеральных агентств не привело к интеграции систем социального обслуживания и здравоохранения на местном уровне. Разведение же этих систем по разным «квартирам» (т. е. по уровням бюджета) не будет способствовать положительному решению вопросов организации социально-медицинского обслуживания населения, особенно пожилых людей и инвалидов.

И как могут решаться интеграционные проблемы, если в Положении о Министерстве здравоохранения и социального развития Российской Федерации, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 321, впрочем, как и в Положении о Федеральном агентстве по здравоохранению и социальному развитию, утвержденном постановлением Правительства Российской Федерации от 30 июня 2004 г. № 326, вообще нет упоминания о социальном обслуживании как таковом.

Кстати, и внесенные Законом № 122-ФЗ от 22.08.04 г. поправки в законодательство об охране здоровья граждан еще больше усугубили и без того непростые отношения учреждений социального обслуживания с учреждениями здравоохранения в части оказания бесплатной специализированной помощи клиентам социальных стационаров по территориальному принципу. В такой ситуации эти стационары будут вынуждены укреплять свои медицинские подразделения «узкими» специалистами (что намного дешевле приглашения платных врачей-консультантов) и постепенно трансформироваться в практически больничные учреждения закрытого типа.

По-прежнему очень сложно решаются вопросы лицензирования медицинской деятельности в учреждениях социального обслуживания, особенно полустационарного типа, которыми оказывается элементарная медицинская помощь силами среднего медперсонала, но в штате которых нет должностей врачей.

На первый взгляд реформирование системы социального обслуживания кажется относительно безобидным — какая разница клиенту, учреждение какой подчиненности будет ему предоставлять социальные услуги. На самом деле новая редакция законов о социальном обслужи-

вании подрывает устой федерализма, так как по большому счету снимает ответственность за объемы и качество предоставляемых на местах социальных услуг и не способствует укреплению принципа социальной справедливости.

Федеральный центр снял с себя и обязанности по разработке и утверждению национальных стандартов социального обслуживания населения, передав право установления их органам исполнительной власти субъектов Российской Федерации, но не предложив какой-либо модели региональных стандартов. Какие стандарты и сколько лет их будут устанавливать на местах, никто не знает. А если учесть опыт аналогичной работы на федеральном уровне, то, к сожалению, можно предположить, что в целом по стране этот процесс может растянуться на многие годы.

Примерно то же можно сказать и о перечнях гарантированных государством социальных услуг, которые впредь будут утверждаться только на региональном уровне и, скорее всего, исходя не из потребностей клиентов социальной службы, а из финансовых возможностей конкретного субъекта Российской Федерации. И размеры оплаты дополнительных социальных услуг в регионах также будут разными.

В ряде регионов (например, Краснодарский край, Московская и Тюменская области) уже плотно работают над переходом на платное социальное обслуживание в полном объеме для большинства клиентов.

Все вышеуказанное, безусловно, создаст неравные условия социального обслуживания населения, в том числе и пожилых людей, в разных субъектах Российской Федерации и может спровоцировать социальную напряженность.

Но чтобы не создавалась эта самая напряженность, необходимо иметь сеть учреждений социального обслуживания, которая бы соответствовала потребностям населения.

По официальным статистическим данным, во многих регионах их число и возможности явно не удовлетворяют спрос (на 1 января 2005 г. в очереди на надомное обслуживание состояло 146,5 тыс. пожилых людей, а на оформление в дома-интернаты — 21,8 тыс. человек, причем очередь в стационарные учреждения социального обслуживания продолжает расти более быст-

рыми темпами, чем коечный фонд – на 1 июля 2005 г. она уже составляла 26,3 тыс. человек).

И не надо жить какими-то иллюзиями, что с передачей учреждений социального обслуживания в ведение регионов сразу эти вопросы снимутся. Управлять массой небольших учреждений из регионального центра будет однозначно сложнее, а вот денег-то на развитие системы вряд ли будет в избытке.

Так что же необходимо принять в сложившейся ситуации? Каким образом суметь удовлетворить спрос населения, и прежде всего пожилых людей, на социальные услуги и повысить их качество?

К решению этой проблемы можно идти различными путями:

1. Существенно расширить сеть государственных структур социального обслуживания населения, что вряд ли будет возможным в ближайшие годы (даже самые богатые страны не в состоянии решать проблему социального обслуживания только за счет государства).

2. Развивать негосударственный сектор социального обслуживания при активной поддержке со стороны государства (разработать соответствующий механизм и оказать необходимую финансовую помощь).

3. Выработать критерии определения нужды населения, в первую очередь пожилых

людей, в различных видах социального обслуживания, а также нормативы обеспечения нуждающихся в социальных услугах различными типами учреждений (структурных подразделений).

4. Вернуть стандартам социального обслуживания населения национальный статус.

Разумеется, идти каким-то одним путем было бы неправильно. Лучший вариант – это использование всех путей в разумных сочетаниях.

Чтобы достойно выйти из сложившейся типовой ситуации в сфере социального обслуживания населения, это должны сделать соответствующие федеральные органы безотлагательно, не перекладывая решение проблем на регионы.

Остается только надеяться, что со временем в нашей стране все же будет восстановлен муниципальный сектор социального обслуживания, а также нормальное правовое и методическое руководство системой социального обслуживания со стороны федеральных органов в рамках государственной социальной политики. Только бы удалось системе социальной защиты населения пережить сегодняшнее смутное время без ощутимых материальных и, самое главное, кадровых потерь.

Поступила 18.03.2006

ВНИМАНИЕ!!!

**В издательстве НЬЮДИАМЕД
ВЫШЛИ В СВЕТ НОВЫЕ КНИГИ**

- ✓ *Очерки по производственной и клинической трансфузиологии.*
Под ред. акад. А.И. Воробьева.
- ✓ *Ю.Н. Андреев. Многоликая гемофилия.*

УДК 612.673.9⇒612.013.1

ПРИЧИНЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В.С. Артюшкевич, В.П. Сытый

*Государственная служба медицинских судебных экспертиз
Республики Беларусь*

Белорусское общественное объединение гериатров и геронтологов

Анализируются причины насильственной смерти людей пожилого и старческого возраста в Республике Беларусь по данным судебно-медицинских экспертиз. Результаты анализа свидетельствуют о преобладании несчастных случаев (64,6%) в структуре насильственной смерти этой категории населения (транспортная травма, отравления алкоголем, окисью углерода, утопление в воде, инородные тела дыхательных путей, воздействие крайних температур, поражение электричеством). Самоубийства (повешение, падение с высоты, отравления лекарственными препаратами) составили 24,3%. Убийства заняли третье место среди причин насильственной смерти (11,1%).

Ключевые слова: насильственная смерть, причина, пожилой возраст
Key words: aged, violent death, cause

В настоящее время в Республике Беларусь сложилась демографическая ситуация, характеризующаяся нарастанием в составе населения доли лиц пожилого и старческого возраста [8]. Структура смертности этих лиц имеет свои особенности. В первую очередь это наличие полиорганной патологии, которая обуславливает высокий риск преждевременной смерти пожилых и старых людей. Во-вторых, снижение функциональных резервов организма и низкая его приспособляемость к изменениям внешней среды приводит к увеличению как общей, так и насильственной смертности людей в возрасте старше 60 лет [3,9].

Поскольку усилия геронтологов направлены на замедление процессов старения, предупреждение и лечение ассоциированных с возрастом

заболеваний, прежде всего сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, онкологических [4,6,8], поскольку проблема профилактики насильственной смерти остается вне поля зрения клиницистов, организаторов здравоохранения и социальных служб [1,2,5].

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

По материалам Государственной службы медицинских судебных экспертиз проведен анализ 1992 судебно-медицинских патолого-анатомических исследований трупов лиц 60 лет и старше. К насильственной смерти относили: смерть от транспортной травмы, травмы тупым и острым предметом, огнестрельные ранения, механическую асфиксию, действие низкой и высокой температуры, электротравму, отравления [7]. Вскрытие производилось в соответствии с Правилами судебно-медицинской эксперти-

зы трупа в Республике Беларусь [7]. Изучались обстоятельства смерти и производились лабораторные исследования. Во всех случаях производилась судебно-гистологическая экспертиза с целью установления и оценки патологических изменений в органах и тканях, обусловленных насильственным воздействием или заболеванием; определения прижизненности и давности повреждений. Обязательной была окраска гистологических препаратов гематоксилином и эозином. В необходимых случаях применялись гистохимические окраски: при переохлаждении, травматическом шоке препаратов печени – на гликоген по Бесту и Шабадашу; для выявления солей окиси железа с целью установления давности гематомы применяли окраску по Перлеу; для выявления жировой эмболии в сосудах малого и большого круга кровообращения использовали окраску на липиды суданом III и IV. Исследовался минерализат легких, почек, сердца, костного мозга с целью определения диатомового планктона при подозрении на утопление в воде.

Во всех случаях обязательным было судебно-химическое исследование крови и мочи трупа для определения содержания этилового спирта. Судебно-химические исследования производились с целью определения токсических веществ, идентификации, количественного определения или исключения ядовитых, наркотических и сильнодействующих веществ в органах и тканях, имеющих значение для установления причин смерти.

В необходимых случаях выполнялась медико-криминалистическая экспертиза для идентификации орудий причинения повреждений, отождествления личности и реконструкции событий преступления против жизни человека.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

По данным судебно-медицинских экспертиз, насильственная смерть лиц в возрасте 60 лет и старше составила 26% (524 погибших среди 1992 умерших). Удельный вес причин насильственной смерти людей пожилого и старческого возраста представлен в таблице.

Как показывает материал таблицы, ведущее место в структуре насильственной смерти занимает механическая асфиксия (36,2%). К ней относятся повешение, утопление в воде, закрытие дыхательных путей инородным телом. Среди погибших были лица мужского (71,4%) и женского пола (28,6%): в возрасте 60–70 лет – 55,3%, 70–80 лет – 28,7%, 81–90 лет – 14,3%, старше 90 лет – 1,7%. Наиболее частой причиной летального исхода в этой группе наблюде-

ний была асфиксия в результате повешения (44,6%). Она составила 25% этого вида смерти по отношению ко всем возрастным группам. Самоубийство совершали преимущественно мужчины (80%) и в 4 раза реже женщины (20%). Одинаково часто суицид совершали лица в возрасте 60–70 лет (44%) и 71–80 лет (44%) и значительно реже в возрасте 81–90 лет (12%). 33,3% лиц, как правило, мужчины, прибегали к самоубийству, находясь в состоянии алкогольного опьянения. Для сравнения, среди лиц более молодого возраста, окончивших жизнь самоубийством путем повешения, алкоголь обнаруживался в более чем 90% случаев.

На втором месте (34%) – асфиксия вследствие закрытия дыхательных путей инородным телом (куском мяса и др.) во время еды. Попадание в дыхательные пути кусков пищи обычно связано с сильным алкогольным опьянением и расстройством акта глотания. Имело значение и недостаточное пережевывание пищи из-за отсутствия зубов. В остальных наблюдениях (21,4%) имела место асфиксия в результате закрытия дыхательных путей водой при утоплении.

В структуре насильственной смерти механическая травма (транспортная травма, травма тупым и острым предметом, падение с высоты, огнестрельные ранения) составила 31,9%. Среди погибших были лица мужского (60,9%) и женского пола (39,1%): в возрасте 60–70 лет – 52,6%, 71–80 лет – 35,9%, 81–90 лет – 8,6%, старше 90 лет – 2,9 %.

Причины насильственной смерти людей пожилого и старческого возраста

Причины	Количество случаев					
	всего		мужчин		женщин	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Механическая асфиксия	189	36,2	134	71,4	55	28,6
Механическая травма	167	31,9	101	60,9	66	39,1
Отравления алкоголем, окисью углерода, едкими щелочами, крепкими кислотами, лекарственными препаратами	155	29,6	97	62,5	58	37
Переохлаждение, действие высокой температуры, поражение электрическим током	13	2,3	7	58	5	42

В 28% случаев травма была получена в результате дорожно-транспортных происшествий. Она характеризовалась множественными и сочетанными повреждениями костей скелета (нижних конечностей, таза, ребер, позвоночника, черепа) и внутренних органов. В 40% случаев летальный исход наступил от травматического шока, острой кровопотери, несовместимых с жизнью повреждений на месте транспортного происшествия. В остальных (60%) случаях пострадавшие после травмы скончались в лечебных учреждениях от пневмонии, почечно-печеночной недостаточности и полиорганной недостаточности, черепно-мозговой травмы, тромбоэмболических осложнений и др. Травма среди пострадавших, в силу возрастных изменений организма и сопутствующих заболеваний органов кровообращения и дыхания, отличалась особой тяжестью клинического течения. Среди погибших в результате дорожно-транспортных происшествий преобладали пешеходы (72,4%) в результате наезда на них транспортных средств, прежде всего легковых автомобилей. Причиной дорожно-транспортных происшествий было нарушение правил дорожного движения как водителями транспортных средств, так и пешеходами. Неадекватная оценка дорожной ситуации вследствие нарушения слуха и зрения, переоценка своих физических возможностей нередко были причиной несчастных случаев на дороге среди пожилых людей. Около 20% погибших в дорожно-транспортных происшествиях находились в состоянии алкогольного опьянения.

В 28% случаев травма была получена при падении с высоты, в основном с балконов и окон многоэтажных домов. Травма характеризовалась множественными переломами костей скелета и повреждениями органов брюшной и грудной полости. При падении с высоты собственного роста преобладала черепно-мозговая травма. В ряде случаев падение с высоты расценивалось как суицид.

Значительно реже (14%) отмечалась травма острым и тупым предметом, а также огнестрельная травма, которая в большинстве случаев расценивалась как убийство. Среди повреждений отмечались черепно-мозговая травма, проникающие ранения грудной и брюшной полости с повреждением внутренних органов, сопровождающиеся травматическим шоком и острой кровопотерей.

Отравления алкоголем, окисью углерода, едкими щелочами и крепкими кислотами, лекарственными препаратами, наркотическими веществами составили 29,6% насильственной смерти пожилых людей. Среди погибших были мужчины – 62,6% и женщины – 37,5% в возрасте 60–70 лет – 85%, 71–80 лет – 10%, 81–90 лет 5%. В этой группе наблюдений ведущее место занимали отравления этанолом. Среди погибших преобладали лица мужского пола в возрасте 60–70 лет (95%). Летальность от острого отравления этанолом среди лиц пожилого возраста составила 15% всех отравлений этиловым алкоголем. Летальный исход наступал на разных этапах алкогольной интоксикации: в период резорбции, при максимальном содержании алкоголя в крови, а также в фазе элиминации. Концентрация этилового спирта в крови умерших соответствовала тяжелой степени алкогольного отравления живых лиц. В отдельных случаях она составляла 9–14%, что в пересчете на 40% алкоголь превышало 1500 мл. Летальный исход наступал дома, на даче, в гостях, на улице и других местах. Алкогольная интоксикация в большинстве случаев протекала на фоне хронических заболеваний органов кровообращения (ишемической болезни сердца, кардиомиопатии, артериальной гипертензии), органов дыхания (хронического бронхита, пневмосклероза, эмфиземы легких, туберкулеза легких, пневмонии), органов пищеварения (хронического гастрита, гепатита, панкреатита), поражения почек (нефросклероза, поликистоза). Сердечная, легочная и почечно-печеночная недостаточность снижала детоксикационную и выделительные функции организма, отягощая течение алкогольной интоксикации.

Отравления окисью углерода (45%) большей частью имели сезонный характер, чаще наблюдались в отопительный период, преимущественно в сельской местности. Отравления происходили во время пожаров, при преждевременном закрытии дымоходов отопленных печей. Среди пострадавших преобладали мужчины, часто в состоянии алкогольного опьянения. Летальный исход расценивался как несчастный случай.

В остальных наблюдениях (2,5%) имели место отравления лекарственными препаратами (амитриптилин, фенобарбитал, клофелин и др.), а также крепкими кислотами, преимущественно уксусной. Наблюдались преимущест-

венно среди женщин и расценивались в большинстве случаев как суицид.

В 2,4% случаев смертельный исход наступал от переохлаждения организма, действия высокой температуры в результате ожогов, поражения техническим электричеством.

В структуре насильственной смерти преобладали несчастные случаи (64,6%). К ним относились транспортная травма, отравления алкоголем и окисью углерода, утопление в воде, закрытие дыхательных путей инородным телом, действие крайних температур, поражение электричеством.

Значительную часть насильственной смерти (24,3%) составили самоубийства: повешение, падение с высоты, отравление лекарственными препаратами. Во всем мире суицид среди лиц 60 лет и старше наблюдаются в 1,5–2,5 раза чаще, чем в других возрастных группах. По результатам наших исследований, они составляют 25% этого вида смерти по отношению ко всем возрастным группам. В последние годы имеется тенденция к смещению этого показателя в сторону более молодого возраста.

Во все времена самоубийства привлекали к себе внимание общественности, государства, религии. По данным ВОЗ, количество самоубийств, превышающее 20 на 100 тысяч населения, является критическим [3]. Как показывают многочисленные исследования, в основе суицидов лежат неблагоприятное микросоциальное окружение (дискомфорт и конфликт в семье), социальная дезадаптация, невосприимчивость в обществе и семье, утрата духовных и нравственных ориентиров, депрессия, физическая немощ, отягощенные психическими и соматическими заболеваниями. Выявление и устранение указанных факторов, минимизация их воздействия на человека служит основой профилактики суицидов.

Третье место в структуре насильственной смерти пожилых людей занимает убийство (11,1%), которое в большинстве случаев было бытовым и нередко совершалось знакомыми и родственниками погибших.

Геронтология и танатология взаимосвязаны. Продолжительность жизни пожилых людей зависит не только от возрастных изменений организма и ассоциированных с возрастом заболеваний. Значительную роль в сокращении жизни пожилых людей играют многие внешние причины, которые приводят к преждевременной, насильственной смерти.

ВЫВОДЫ

1. Насильственная смерть в структуре общей летальности лиц 60 лет и старше составила 25,3%. Среди погибших преобладали лица мужского пола (61%).

2. В структуре насильственной смерти несчастные случаи составили 64,6%, самоубийства — 24,3%, убийства — 11,1%. Основными причинами насильственной смерти были: механическая асфиксия, травма и отравления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Артюшкевич В.С., Евстафьева И.В., Кабитенко Е.П., Логацкая Т.В. Влияние алкоголя на летальность лиц пожилого возраста. Рецепт; 2004. Приложение: Материалы IX конференции «Научные и организационные вопросы профилактики и лечения возрастной патологии». 8-9.
2. Кабитенко Е.П., Артюшкевич В.С., Трейстер Д.В., Парфенов С.А. Отравления среди лиц пожилого возраста. Рецепт, 2005. Приложение: X Республиканская научно-практическая конференция «Актуальные проблемы геронтологии». 18-19.
3. Логацкая Т.В., Артюшкевич В.С., Евстафьева И.В., Горелик С.Б. Суициды среди лиц пожилого возраста. Рецепт, 2004. Приложение: Материалы IX конференции «Научные и организационные вопросы профилактики и лечения возрастной патологии». 34-35.
4. Пристром М.С., Пристром С.Л. Предупреждение преждевременного старения как одно из направлений профилактической медицины. Средства профилактики преждевременного старения. Актуальные проблемы геронтологии. Материалы VII осенней конференции, посвященной дню пожилых людей. Минск; 2002. 71-72.
5. Семенко-Бояринцев В.Н., Островская Н.Е., Артюшкевич В.С., Горелик С.Б., Давыдов Р.Р. Травма лиц пожилого возраста в судебно-медицинском аспекте. Рецепт, 2004. Приложение: «Научные и организационные вопросы профилактики и лечения возрастной патологии». 34-35.
6. Сурганова С.Ф., Гурский Ю.Ф., Галузо В.Р., Лысенко А.В., Волосевич С. А. Комплексная медико-социальная реабилитация лиц преклонного и пожилого возраста. Рецепт, 2004. Приложение: Материалы IX конференции «Научные и организационные вопросы профилактики и лечения возрастной патологии». 63-64.
7. Сборник нормативных документов. Белорусская государственная служба судебно-медицинской экспертизы. Минск; 1999. Т. I.
8. Хапалюк А.В. Клинико-демографическое основание развития гериатрии в Беларуси. Рецепт; 2005. Приложение: Материалы X Республиканской научно-практической конференции «Актуальные проблемы геронтологии». 45-46.
9. Шаров В.В., Артюшкевич В.С., Андреевков И.Н. Причины летальности в пожилом возрасте по данным судебно-медицинских аутопсий. Актуальные проблемы геронтологии. Материалы VII осенней конференции, посвященной дню пожилых людей. Минск; 2002. 101-102.

Поступила 20.01.2006

ЛЕКЦИИ

УДК 614.255.1

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Г.И. Нечаева, Е.А. Темникова, Г.И. Боридько,
Л.Д. Солодникова, И.С. Никель

*Омская государственная медицинская академия,
Государственное учреждение здравоохранения Омской области
госпиталь для ветеранов войн, г. Омск*

Ключевые слова: социальная медицинская служба, взаимодействие
Key words: social, medicine service

На последней международной конференции «Пожилой больной. Качество жизни» при обсуждении вопросов организации помощи лицам старших возрастных групп на дому на секционном заседании активно выступали представители негосударственных благотворительных организаций, были показаны возможности зарубежных центров по оказанию медико-социальной помощи, но не прозвучало ни одного сообщения об опыте совместной работы реально существующих сегодня в России государственных социальной и медицинской служб. Последнее может свидетельствовать либо об отсутствии проблем в этой области, либо быть отражением того, что на сегодняшний день, к сожалению, в практической деятельности нет отработанных и утвержденных форм взаимодействия, хотя формально последние годы медицина и социальные службы работают под руководством одного федерального министерства.

Все пациенты нашего лечебного учреждения (госпиталя для ветеранов войн) являются представителями старшей возрастной группы (стариками и долгожителями). Самым молодым участникам ВОВ, призванным на фронт в по-

следний год войны, в прошедшем году уже исполнилось 77 лет. Большинство наших больных нуждаются в посторонней помощи, являются инвалидами II группы II и III степени, поэтому они не могут самостоятельно получить рецепт и медикаменты, организовать лечебный процесс на дому, адекватно оценить эффективность терапии и своевременно обратиться за врачебной помощью. Реальностью сегодняшнего дня является отдельное от родных проживание многих наших пациентов, значительную их часть опекают соцработники. Именно этими соображениями был вызван наш интерес к существующей у нас в области системе социального обслуживания на дому.

Нужно заметить, что информация о структуре социальной помощи на дому не содержится в наших учебных программах, ее нет в периодической и специальной литературе. В то же время это динамично развивающаяся система, в которой только за последние полтора года у нас в области увеличилось число клиентов с 19000 до 24186 человек.

Утвержденной основной структурной формой работы являются комплексные центры со-

циального обслуживания населения на дому, которые могут варьировать по своему составу, но обязательно включают отделения социального обслуживания на дому (схема). Основой политики развития помощи на дому управления социальной защиты в нашем регионе являются увеличение количества центров социального обслуживания населения, создание подобных структур в каждом районе города и, что особенно важно, в сельских районах. С конца 2003 г. (время, когда мы начали сотрудничество с социальными работниками) количество центров увеличилось с 18 до 24, причем планируется создать такие структуры во всех районах. Ни одна частная благотворительная организация не сможет выполнить такой объем работы и не охватит такое количество населения, тем более в сибирской глубинке.

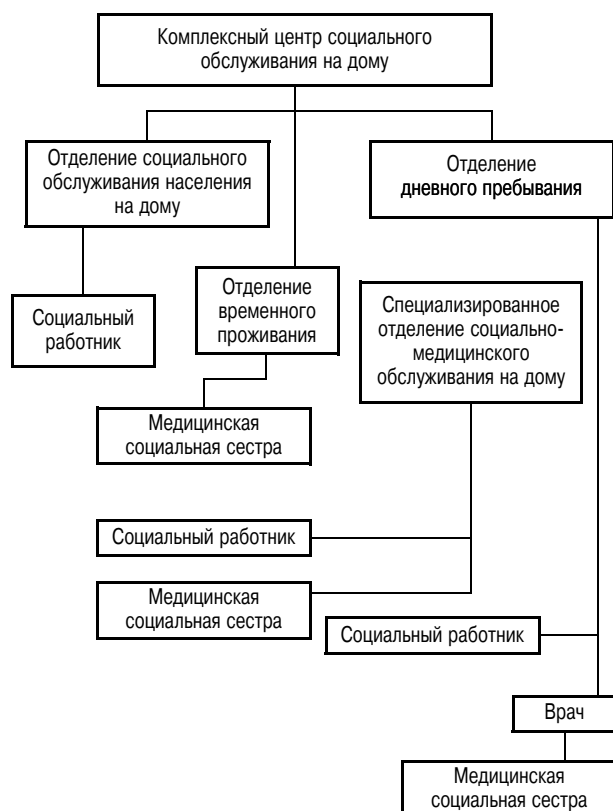
Основной задачей центров социального обслуживания населения является организация помощи по социальным проблемам, но и рядовые сотрудники, и администраторы неизбежно сталкиваются с вопросами физического нездоровья у опекаемых. Яркой иллюстрацией мог бы служить областной конкурс социальных работников. Все участники, представляя свою работу, заявили в этом году, что им приходится заниматься вопросами организации медицинской помощи своим подопечным, иногда подменяя в селе отсутствующего рядом медика.

Имеющиеся на сегодня нормативные документы предусматривают взаимодействие социальной и медицинской служб на всех уровнях (Постановление Минтруда РФ от 12.10.1994 № 66, Постановление Минтруда РФ от 27.07.1999 № 32, Постановление Минтруда РФ от 31.05.2001 № 45). Так, заведующий отделением «организует через органы здравоохранения предоставление обслуживаемым необходимым видов и форм помощи»; специалист по социальной работе «помогает в оформлении документов для принятия нуждающихся на постоянное или временное обслуживание, содействует в помещении нуждающихся в стационарные учреждения органов здравоохранения»; социальный работник «обеспечивает обслуживаемых граждан медикаментами по рецептам врача, помогает поддержанию обслуживаемыми личной гигиены, имеет постоянный контакт с лечащим врачом обслуживаемых, оказывает первичную медицинскую помощь: измерение температуры

тела, накладывание горчичников, компрессов, оказывает первичную психотерапевтическую помощь, вызывает врача на дом, сопровождает обслуживаемых в лечебные учреждения, посещает их при помещении в больницу». Социальный работник (заметим, речь не идет о медицинском социальном работнике) должен знать «санитарно-гигиенические требования по уходу за престарелыми и инвалидами в домашних условиях; приемы оказания неотложной доврачебной помощи». Специализированные отделения социально-медицинского обслуживания на дому граждан пожилого возраста и инвалидов имеют еще более широкие задачи: «оказание гражданам квалифицированного ухода, доврачебной медицинской помощи на дому, наблюдение за состоянием здоровья обслуживаемых граждан и проведение мероприятий, направленных на профилактику декомпенсации имеющих у них заболеваний, обучение родственников обслуживаемых граждан практическим навыкам общего ухода за больными». Причем «работу отделения рекомендуется осуществлять во взаимодействии с территориальными учреждениями здравоохранения».

С другой стороны, Министерство здравоохранения РФ в приказе № 297 от 28 июля 1999 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи лицам пожилых и старческих возрастов в Российской Федерации» отмечало, что «организация медико-социальной помощи требует более тесного взаимодействия органов и учреждений здравоохранения и социальной защиты населения, в ряде случаев совместного решения поставленных задач на основе интеграции финансовых и других ресурсов».

В итоге имеется ситуация, когда цели и задачи намечены, но не оговорены пути и способы их выполнения. Взаимодействие со стороны социальной службы сведено к получению справки клинично-экспертной комиссии о необходимости постороннего ухода за больным, являющейся обязательным условием, чтобы взять его на обслуживание, и посещению врача для выписки рецептов по просьбе больного или получения необходимой медицинской документации. Со стороны медицинских работников взаимодействие с социальными работниками соответственно сводится к выдаче им необходимых медицинских справок и рецептов, иногда и без предварительного осмотра больного. Остроту накопив-



Примерная схема структуры комплексного центра социального обслуживания населения на дому.

шихся взаимных проблем мы реально почувствовали в прошлом году, впервые приняв участие в областном семинаре управления социальной защиты «Особенности социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в специализированных отделениях социально-медицинского обслуживания на дому», попав под шквал вопросов и претензий со стороны руководителей центров.

По данным проведенных нами ранее опросов, на сегодняшний день у врачей и социальных работников нет единого понимания проблем совместной помощи престарелым больным, более того, если о примерной структуре учреждений здравоохранения социальные работники знают уже как потребители медицинских услуг, то об организационных формах работы социальной службы врачи не информированы вообще. Система подготовки социальных работников по медицинским вопросам несовершенна, нет и методики непрерывного образовательного процесса (конференции, семинары, школы по отдельным нозологическим единицам), поэтому, хотя значительное число социальных работников и имеют базовое медицинское образование, но дать

адекватные рекомендации опекаемым, оказать правильно доврачебную помощь они вряд ли смогут. Именно отсутствие достаточных знаний о физиологии старения, проявлениях наиболее распространенных хронических болезней, правилах ухода за пациентами с хронической патологией ведет к тому, что социальные работники имеют неправильное представление о возможностях стационарного и амбулаторного лечения с завышением цифр нуждающихся в госпитализации и недооценкой роли амбулаторной терапии. В то же время, при соответствующей подготовке, именно социальные работники могут вовремя заметить изменение состояния у опекаемых на дому, обеспечить вовремя медикаментами и помочь своевременно их принимать, способствовать соблюдению диеты и режима, оказать доврачебную помощь, а социальные медицинские работники — оказывать квалифицированную сестринскую помощь. Еще одной проблемой является отсутствие системы квалифицированного медицинского контроля за работой социальных работников на дому («обратная связь»), что не позволяет сделать более эффективными ни усилия врача, ни деятельность социального работника. Объективно на сегодня участковый врач не может ни дать задание, ни проверить его выполнение социальным работником (и что удивительно, не очень-то и хочет делать это при катастрофической нехватке персонала среднего и младшего звена). Сказанное отнюдь не означает предложения прямого подчинения социальных работников врачам по принципу дополнительных штатных помощников. Медицинский аспект деятельности — только один из многих в деятельности социальной службы. Кстати, для тех, кого мы, врачи, называем автоматически «больными», а социальные работники — «опекаемыми», как это ни парадоксально, даже при наличии тяжелой соматической патологии вопросы, связанные со здоровьем, зачастую являются важными, но не главными в таком интегральном понятии, как качество жизни. И понимание этого — огромное преимущество социальной службы.

Подводя итог, необходимо сказать, что у социальной и медицинской служб есть возможности для реальной совместной работы не только на уровне федерального министерства. Для этого сначала нужно узнать структуру, формы работы и возможности друг друга. Началом могут стать

конференции и семинары для врачей с обсуждением структуры и возможностей социальной службы в работе с больными на дому, совместные конференции врачей и руководителей подразделений социальной службы по вопросам геронтологии. Продолжением могут быть совместные программы по ведению лиц с наиболее распространенными видами хронической патологии, «школы» для социальных работников по отдельным нозологическим единицам с различным объемом информации для социальных работников, медицинских социальных сестер и руководителей с учетом заболеваемости в районе обслуживания. Итогом должна стать более высокая комплайентность наших больных в про-

водимой терапии, меньшая экономическая стоимость лечения и улучшение качества жизни стариков. И последнее, о чем хотелось бы сказать, мы переживаем множество реформ, заключающихся в кардинальной смене прошлых систем организации, зачастую теряя то рациональное, что было в них, и не приобретая реально ничего адекватного взамен или получая желаемое поздно и ценой больших потерь. У нас есть реальный шанс использовать уже существующую систему социальной помощи на дому во благо больных и для улучшения качества работы медиков уже сейчас.

Поступила 18.11.2005

УДК 612.67

ОСТРОЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ НАРУШЕНИЕ АВТОНОМИИ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Г. Некрич

Геронтологический центр ОЗЕ, Париж, Франция

Ключевые слова: автономия пожилого человека, зависимость пожилого человека, геронтология, диагностика, лечение

Key words: autonomy of elderly person, elderly dependents, gerontology, diagnosis, treatment

«Автономия» — фундаментальное понятие геронтологии, свидетельствующее о достаточности функциональных резервов пожилого человека для самостоятельного выбора условий повседневной жизни и успешной адаптации к ним. Диагностика и терапевтический проект в геронтологии предусматривают адекватную коррекцию функциональных резервов и патологических состояний, определяющих автономию. Степень

стойкого нарушения автономии у пожилого больного является базовым критерием для оказания медико-социальной компенсационной помощи.

Острое прогрессирующее нарушение автономии у пожилых пациентов часто имеет самостоятельную клиническую манифестацию, резюмирующую и маскирующую полиморфные функциональные и патологические нарушения. Для срочной и адекватной тера-

нии, предупреждающей необратимое нарушение автономии у пожилых людей, желательно соблюдать некоторые профессиональные алгоритмы, базирующиеся на клиническом опыте, накопленном в гериатрических центрах. Представлен базовый стандартный подход к часто встречающейся в гериатрии кризисной клинической ситуации — остро прогрессирующему нарушению автономии. Предусматривается простая, максимально простая, рациональная диагностика и рентабельное адекватное лечение (включая пробное) при трудно диагностируемой патологии. Использован клинический опыт нескольких французских гериатрических центров.

Состояние здоровья любого пациента независимо от возраста определяется в основном наличием или отсутствием признаков заболевания. При оценке состояния здоровья пожилых людей уместно дополнять это определение характеристикой функционального соответствия необходимым актам повседневной жизни и степени нарушения автономии.

Геронтологическая диагностика в полном объеме всегда имеет двойную практическую цель:

1) выявление функциональной недостаточности (вследствие соматической патологии или нарушения психосоциального статуса), ведущей к дезадаптации в повседневной жизни, возникновению зависимости и потере автономии;

2) выбор терапевтической стратегии для:

— улучшения или (и) сохранения функциональных возможностей;

— максимально возможного сокращения терапевтических актов, не соответствующих клинической ситуации;

— уменьшения риска возникновения зависимости и потери автономии.

Таким образом, оценка функциональной недостаточности у пожилого человека тесно связана с такими медико-социальными понятиями, как **зависимость и автономия**. На этих же понятиях основаны показания к социальным дотациям. Во Франции каждый пожилой человек (старше 65 лет) со стойким нарушением автономии получает персональную денежную компенсацию в зависимости от степени нарушения автономии (никак не связанную с пенсионным обеспечением или пособием по инвалидности).

Степень нарушения автономии у пожилых людей определяется специалистом — гериатром (что существенно повышает авторитет этой относительно новой специализации среди профессионалов и населения) по стандартной шкале AGGIR (Autonomie Gérontologique Groupes Iso-Resources) [2], базирующейся на основных фрагментах классификации функциональных возможностей пожилого человека в повседневной жизни IADL [4].

Зависимость — состояние ограничения и подчинения [3].

Ситуация, при которой анатомическая недостаточность или психофизиологические изменения не позволяют выполнять основные повседневные действия без дополнительной компенсаторной помощи (семейное или профессиональное окружение, аппарат, протез). В геронтологии наблюдается физическая, психическая и социальная зависимость.

Автономия — способность человека руководить самим собой, самостоятельно выбирая цель, а также средства и обстоятельства для ее достижения [3].

Это динамическое качество — способность человека найти свое персональное равновесие среди актов повседневной жизни, которые он сам сознательно выбирает. Человек может быть зависимым в некоторых актах повседневной жизни, но полностью автономным, если он рационально выбирает обстоятельства и средства для выполнения намеченной цели, компенсируя функциональную недостаточность.

Автономия является одной из фундаментальных гуманитарных ценностей в жизни любого человека, но особое значение она приобретает с наступлением старости, сопровождаемой разностепенной психосоматической нестабильностью. Изменение социального статуса, патерналистская (часто достаточно агрессивная) реакция окружающего общества вызывают у пожилого пациента постоянную негативную реакцию, усугубляя функциональную хрупкость (frailty syndrome) [5] в группе повышенного риска [1]. Любой внутренний или внешний провоцирующий агент может вызвать серьезное нарушение здоровья пожилого пациента, часто без выраженной диагностической ориентации. Принципиальной клинической манифестацией нездоровья в этих случаях является частичная или полная потеря автономии. Эта, весьма распро-

страненная в гериатрической практике ситуация всегда кризисная, как для пациента и его окружения, так и для профессионалов. Чаще всего такие пациенты первично обращаются в отделения неотложной помощи лечебных учреждений, не специализированных на гериатрическую диагностику, где в ряде случаев промедление и неадекватная терапевтическая тактика приводят к развитию многочисленных взаимосвязанных осложнений по типу «каскада». Длительное время подобная ситуация является типичной «болевым точкой» госпитальной базы (последнее десятилетие более трети обращений в отделения неотложной помощи приходится на долю пожилых пациентов). В последние годы, благодаря созданию геронтологической сети с амбулаторными диагностическими центрами и их активной информационной и координационной деятельности (см. журнал «Клиническая геронтология» 2005; 11 (1): 94-100), отмечается значительный позитивный сдвиг в профессиональных познаниях врачей общей практики и узких специалистов. За распространением знаний всегда следуют организационные меры. В настоящее время консультации «неясных» в диагностическом плане пожилых пациентов с потерей автономии являются прерогативой гериатров.

Ниже предлагаются практические рекомендации из клинического опыта диагностического геронтологического центра ОЗЕ (использована также информация из практических руководств по геронтологии, составленных большими авторскими коллективами – гериатрами, практикующими в различных французских геронтологических учреждениях: Sylvie Legran, Yves Kagan «Guide Pratique de Gériatrie» – MMI Edition. 1999, G. Sebbane, J.G Périllat «Attitudes pratiques en Gérontologie» Laboratoire Lafon 2000).

Острое снижение автономии у пожилых пациентов может резюмировать симптоматику многочисленных заболеваний. Необходимо как можно более раннее и подробное клиническое обследование пациента, весьма желательно в присутствии родственников или профессионалов, поддерживающих пациента на дому.

Пожилым пациентом в течение нескольких дней, иногда часов, становится вялым, динамичным, перестает есть, но при этом нет никаких признаков респираторного, кардиоваскулярного или нервно-психического заболевания.

Прежде всего следует исключить токсические агенты и острую соматическую патологию, даже если близкие родственники указывают на наличие сильных переживаний в недавнее время, что само по себе может провоцировать потерю автономии (например, страх одиночества и боязнь падения могут быть основными причинами разнообразной клинической картины).

Основные вопросы:

1. Какие медикаменты принимал пациент в последнее время?

При этом вопросов только пациенту недостаточно, надо спрашивать родственников, смотреть домашнюю аптеку, учитывая возможность адинамии под действием психотропных препаратов, гипогликемии, вызываемой сахароснижающими сульфамидами и инсулином, **дигиталисной** интоксикации, передозировки кортикостероидов, гипонатриемии при приеме диуретиков, гипотензии после приема гипотензионных препаратов.

2. Тип отопления (окись углерода).

3. Прием алкоголя.

4. Наличие одного или нескольких падений в недавнее время.

Даже одно падение у пожилого человека может вызвать психологический сдвиг с полным стойким отказом от ходьбы. Проверить это можно, предложив пациенту пройти в сопровождении врача, в полной безопасности (не забывая о возможности перелома шейки бедра или субдуральной гематомы).

Проверка витальных показателей

Температура тела.

Наличие нормальной температуры не исключает пневмонию, эндокардит или туберкулез.

Частота сердечных сокращений, подтвержденная ЭКГ.

Частота дыхания.

Одышка – симптом субъективный, тахипноэ без тревоги свидетельствует о кардиореспираторной патологии.

Артериальное давление – гипотензия в сравнении с предыдущими (обычными) цифрами может сопровождать дегидратацию, подострое внутреннее кровотечение, инфаркт миокарда. Не следует забывать о возможности ортостатической гипотензии.

Диурез. Длительное отсутствие мочеиспускания, острая задержка мочи не обязательно сопровождается типичной клинической картиной у пожилых людей, отсутствие мочи не всегда связано с почечной недостаточностью (острое состояние наиболее часто вызывается дегидратацией, подострое — органическим поражением).

Клиническое обследование. В первую очередь удостовериться, что пациент хорошо видит и слышит, чтобы получить субъективную достоверную информацию.

Голова, шея. Окраска кожи и слизистых оболочек при исследовании лица информативна.

Выраженная складка кожи в области ключицы свидетельствует об экстрацеллюлярной дегидратации, при ее глубокой степени отмечаем гипотонию глазных яблок.

Сухость кожи и слизистых у пожилых людей не всегда верный признак внутриклеточной дегидратации.

Неврологическое исследование базируется на локальных лицевых признаках — парез, асимметрия, снижение зрения и т. д.

Грудная клетка. Стандартное клинико-рентгенологическое исследование в поисках очаговых поражений легких и плевры (часто протекающих атипично, бес- или малосимптомно).

Живот. При обследовании следует помнить о частом отсутствии типичных проявлений «острого живота» — таких, как боль при пальпации и мышечная защита.

Таз. Три главных причины всегда должны быть исследованы:

- 1) наличие переполненного мочевого пузыря;
- 2) перелом шейки бедра;
- 3) наличие фекаломы при ректальном исследовании — одна из весьма частых причин, вызывающих острое нарушение общего состояния с потерей автономии у пожилых людей.

Конечности. Локальные неврологические симптомы и остро-подострые нарушения кровообращения должны быть исключены в первую очередь.

Перелом шейки бедра при недавнем падении.

Острый артрит часто провоцирует быструю потерю автономии.

Два дополнительных обследования пожилого пациента с острой потерей автономии необходимы в первую очередь — капиллярная гликемия и электрокардиография.

Медицинское сопровождение пациента с недавней острой потерей автономии

Рассматривать состояние пациента как тяжелое даже при отсутствии этиологической ориентации. Обязательное врачебное наблюдение в течение нескольких дней, очень нежелательно оставлять пациента дома на попечение родственников.

Ориентироваться на вероятную ургентную патологию и госпитализировать пациента в отделение неотложной помощи (на максимально короткий срок с обязательной консультацией и последующим наблюдением гериатра).

Пациент остается дома в случаях:

- 1) диагноз установлен, лечение назначено, дегидратация скорректирована, фекалома удалена;
- 2) этиология выяснена, необходимое инструментальное исследование выполнено, состояние не представляет опасности, медицинское наблюдение осуществляется.

При выборе тактики следует учитывать, что пребывание в не специализированных для пожилых пациентов отделениях, особенно ургентных, таит в себе реальную угрозу потери автономии в дальнейшем.

Минимальное обследование, необходимое в случае острой потери автономии у пожилых пациентов

Общий анализ крови, ионограмма, кальциемия, уровень билирубина и активность трансаминаз крови, СОЭ, бактериология крови (при наличии ознобов — берут кровь обязательно во время озноба), ЭКГ и рентгенологическое исследование грудной клетки.

Факультативное исследование

(предписывается после первичной диагностической ориентации)

Рентгенологическое исследование таза и позвоночника.

Эхография живота.

Компьютерная томография черепа.

Исследование гемокультуры.

При прогрессирующем снижении автономии у пожилых пациентов

Тщательное исследование прописанной постоянной терапии.

Анализ недавних событий жизни.

Не пропустить три основных заболевания, вызывающих прогрессивное снижение автономии

мии: болезнь Паркинсона, гипотиреозное состояние, депрессию.

При отсутствии явной диагностической ориентации и прогрессирующей потере автономии три исследования представляют наибольший интерес в гериатрии:

определение тиреоидных гормонов в крови; фиброколоноскопия; исследование мокроты на микобактерии туберкулеза.

Наблюдение и медицинское сопровождение пациента с прогрессирующей потерей автономии

Часто состояние ухудшается спонтанно (возможно, имели место недиагностированные подострые вирусно-бактериальные инфекции, депрессивный синдром, вторичный медикаментозный эффект).

Если потеря автономии прогрессирует, необходимы повторные исследования с интервалом в неделю, наблюдая за четырьмя классическими ориентирами, которые могут диагностически сориентировать:

Масса тела пациента — быстрое похудание; температура тела — длительный субфебрилитет;

морфология крови и РОЭ — свидетельства воспалительного процесса.

Пробное лечение призвано не пропустить курабельную патологию.

Пробное лечение болезни Паркинсона, туберкулеза, курабельной желудочно-кишечной патологии и депрессивного синдрома в течение месяца должно выявить отсутствие или наличие заболевания, оно терапевтически оправдано, ибо может резко улучшить состояние пациента, полностью или частично вернуть утраченную автономию. Риск пробного лечения недиагностированной патологии, которое может вернуть пациента к нормальной жизни, всегда меньше такового при отсутствии лечения. При тщательном наблюдении неэффективное или ухудшающее состояние больного лечение всегда можно прекратить.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Медико-социальная помощь пожилым группы повышенного риска. Клинический геронтолог. 2005; 11(1): 88-91.
2. AGGIR. Guide pratique pour la codification des variables. Principaux profils des groupes iso-resources. Rev Gériatrie. 1994; 19: 249-259.
3. Gériatrie préventive. Eléments de prévention du vieillissement pathologique. Edition Masson. Paris. 2002.
4. Lawton M.P. Brody E.M. Assessment of older people: self-maintaining and instrumental activities of daily living. Gerontologist. 1969; 9: 179-186.
5. Trivalle C. Le syndrome de fragilité en gériatrie. Med Hyg. 2000; 58: 2312-2317.

Поступила 25.01.2006

ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСТВОМ КАК ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

А.А. Филозоф

Воронежский областной геронтологический центр, г. Воронеж

Ключевые слова: лица позднего возраста; расстройства адаптации; личностная адаптированность; терапия творчеством
Key words: older people, frustration of adaptation, personal adaptedness, therapy creative

В современных условиях развития общества значительная часть населения земного шара подвержена воздействию патогенных социопсихологических стрессоров, детерминирующих отдельную форму непсихотических психических нарушений, получившую название расстройства адаптации [5]. Реакции дезадаптации характеризуются состоянием субъективного дистресса. Как правило, они проявляются в виде эмоциональных нарушений в период приспособления к существенному изменению актуальной жизненной ситуации и способствуют возникновению трудностей в привычной жизнедеятельности личности [10]. Расстройствам адаптации подвержены лица различных возрастных групп. Между тем, риск нарушений приспособления увеличивается в период прохождения личностью закономерного кризиса возрастного развития и особенно кризиса позднего возраста. Специфика кризиса «встречи со старостью» состоит прежде всего в том, что его гармоничное разрешение зависит не только от самой личности, но и во многом от микро- и макросоциальных условий ее жизнедеятельности, которые могут фацилитировать (облегчить) дальнейшее развитие личности или, напротив, выступать мощным стрессором, провоцирующим различные психические расстройства.

Основным ядром кризиса самоопределения личности в пожилом возрасте является выбор

человеком той или иной стратегии старения. В геронтопсихологии существует множество типологий стратегии психосоциального старения. Большинство из них опираются на пять видов приспособления личности к позднему возрастному периоду, сформулированные Д.Б. Бромлей [2,8]:

1. Конструктивное отношение пожилого человека к старости. Оно характеризуется внутренней уравновешенностью, стабильным фоном настроения, удовлетворенностью эмоциональными контактами с окружающими людьми. Позиция личности оптимистическая, а приближающаяся смерть трактуется как естественное событие, неизбежный факт завершения жизненного цикла. Самооценка лиц позднего возраста, относящихся к этому типу, устойчива и достаточно высока. Депрессивных, гипо- и гиперстимуляционных нарушений не выявляется.
2. Отношение зависимости. Пожилой и старый человек созависим от партнера по браку или от своих детей, имеет низкий уровень жизненных притязаний и в связи с этим охотно прекращает свою трудовую деятельность. Ощущение безопасности обеспечивает семья, помогающая поддерживать внутреннюю гармонию, эмоциональное равновесие и избегать проявлений агрессивности и страха.

Возможны гипостимуляционные нарушения, эмоциональная лабильность.

3. Оборонительное отношение, для которого характерны гипертрофированная эмоциональная сдержанность, прямолинейность в своих поступках, стремление к «самодостаточности», отклонение помощи других людей. Защитный механизм от страха смерти — искусственно стимулируемая активность разного рода (социальная, физическая и т. п.). Пожилые и старые люди, относящиеся к этому типу, завершают свою профессиональную деятельность в глубокой старости и только под давлением окружающих. Для этого типа характерны различные фобии и гиперстимуляционные нарушения.
4. Отношение враждебности к миру. Для этого типа характерны недоверие и подозрительность к окружающим, экстернальный locus-контроль поведения, избегание эмоциональных контактов с другими людьми. Профессиональной деятельностью занимаются столько, сколько позволяет им общесоматическое состояние. Старость не воспринимается как закономерный этап жизненного цикла, страх смерти ярко выражен. Возможно проявление реакций отказа, антисоциального и агрессивного поведения.
5. Отношение враждебности к собственной личности. Пожилые и старые люди занимают социально-пассивную жизненную позицию. Характерно проявление болезненного переживания чувства одиночества, неостребованности со стороны микро- и макросоциума, депрессивные расстройства, суицидоопасные реакции дезадаптации. Собственное старение оценивается достаточно реалистично, а смерть трактуется как желанное избавление от страданий.

Безусловно, истоки выбора определенной стратегии старения берут свое начало на более ранних этапах возрастного развития личности и определяются уровнем ее зрелости на время вступления человека в поздний возраст. Чем уровень зрелости выше, тем больше вероятность выбора прогрессивной линии психосоциального старения. Однако вектор старения, позитивный или негативный, зависит и от таких социальных факторов, как уровень материальной защищен-

ности и оказания медицинской помощи лицам позднего возраста, оптимальное или неудовлетворяющее их потребностям соотношение между трудовой занятостью и отдыхом, от пропаганды в обществе позитивного или, напротив, эйджизмского образа старости и т. п. В современных условиях развития российского общества, на фоне общего экономического спада, снижается качество жизни у большинства лиц позднего возраста. Социально-экономическая ситуация в нашем государстве является мощным психологическим стрессором [6]. В связи с этим особую актуальность приобретает профилактика расстройств адаптации среди пожилого населения.

Одной из основных форм психопрофилактики на поздних этапах онтогенеза является система психологической помощи, направленной на то, чтобы облегчить прохождение личностью кризиса поздней зрелости [3, 11, 12]. Позитивный итог самоопределения личности в старости — это найти смысловые основания построения собственной жизнедеятельности, а также способы реализации найденного смысла. Причем продуктивное самоопределение подразумевает выработку, принятие и реализацию личностью таких смысловых оснований своего бытия, которые в наибольшей мере отвечают ее субъективной позиции в различных контактах с миром. Однако гармоничному самоопределению и успешной адаптации на поздних этапах онтогенеза препятствуют объективные трудности, сопряженные с социальной ситуацией развития личности в поздние годы.

Можно выделить следующие «барьеры» на пути к достижению личностной адаптированности у лиц позднего возраста [9, 12]:

- 1) нарушение связи между пожилым человеком и обществом вследствие прекращения трудовой деятельности, ухода из жизни друзей, партнера по браку, близких родственников, ограничения физической активности, обусловленной закономерными последствиями биологического старения и различными хроническими заболеваниями;
- 2) необходимость поиска и апробирования новой жизненной роли в условиях недостаточной социальной защищенности;
- 3) отсутствие в нашем государстве эффективно функционирующей системы институцио-

нальных услуг и служб (информирование и обучение лиц позднего возраста, амбулаторные и передвижные службы оказания медицинской помощи, стационарные и полустационарные учреждения медико-социального обслуживания);

- 4) период поздней зрелости предельно максимально насыщен стрессовыми ситуациями, связанными с социальным аспектом бытия человека в мире: выход на пенсию, сужение круга общения, вдовство, потеря работы и т. д.
- 5) пропаганда в обществе взглядов на старость как на «заслуженный отдых» и период закономерного «социального умирания».

Установленные З. Фрейдом возрастные ограничения для психоаналитического лечения (до 45–50 лет) разделялись почти всеми психотерапевтическими школами вплоть до 70-х годов прошлого столетия [13]. Вытекающие из этого положения З. Фрейда «дефицитарные модели» оказания психокоррекционной помощи в старости формировали фундамент эйджизского стереотипа позднего возраста у представителей самых разных психотерапевтических направлений и препятствовали развитию практического подхода к оказанию психологической и терапевтической помощи стареющему человеку. Люди старше 50 лет рассматривались уже как пожилые, имеющие выраженные нарушения во всех сферах жизнедеятельности личности, как непригодные для психотерапевтического вмешательства.

В настоящее время «дефицитарные модели» терапии в старости сменил дифференцированный взгляд на этот возрастной этап самоосуществления личности. Многочисленные эмпирические исследования показали, что пожилой и старческий возраст имеет как слабые, так и сильные стороны [1,13]. Позитивные изменения в старости могут выражать себя в сфере опыта и знаний (кристаллизованный и практический интеллект, жизненная и профессиональная компетентность), а негативные — в тех сферах, которые связаны с нейропсихологическими функциями и процессами (например, понимание текущих событий и оперативная память). Такое многоаспектное понимание процесса старения отражает его связь, с одной стороны, с

влиянием биологических и социальных факторов, а с другой, — с влиянием уровня личностной зрелости на время вступления человека в поздний возраст.

На сегодняшний день психологическая интервенция, представляющая собой широкий спектр терапевтических методов и стратегий повышения психических ресурсов личности, усвоения и совершенствования навыков и умений, необходимых индивиду в повседневной жизни, успешно применяется в терапевтической и психопрофилактической работе с лицами старше 60 лет во многих странах мира, в том числе и в России [4,13]. При этом для решения конкретных коррекционных и развивающих задач психотерапевтами и психологами используется глубинно-ориентированный, когнитивно-бихевиоральный и гуманистический подход к терапии и организации психологической помощи.

Несмотря на то, что вопрос творческой продуктивности в старости является по настоящее время дискуссионным, различные психотерапевтические школы сходятся во мнении — креативным потенциалом (способностью личности к конструктивному, нестандартному мышлению и поведению, а также к осознанию и развитию своего опыта) обладает каждая личность, независимо от возраста, социального и профессионального статуса. В связи с этим терапия творчеством активно применяется в рамках комплексной психологической интервенции с лицами позднего возраста. Основная цель терапии творчеством в работе с пожилыми и старыми людьми — это формирование стратегии независимости, интеграция в общество, повышение качества жизни [7].

В геронтологической практике наиболее эффективными признаются групповые формы терапии творчеством. Преимущества групповой формы психологической работы с лицами позднего возраста обуславливаются адекватной мерой согласованности специфики групповой интервенции с особенностями социальной ситуации развития личности в период поздней зрелости. Можно выделить десять основных преимуществ групповой психотерапевтической и психологической работы на поздних этапах онтогенеза:

- 1) группа является обществом в миниатюре, отражающим внешний мир и добавляющим ингредиент реализма в искусственно создаваемое взаимодействие;
- 2) опыт, приобретаемый в специально организованных группах, оказывает противодействие отчуждению лица позднего возраста в обществе, помогая решению проблем, возникающих при межличностном взаимодействии;
- 3) позитивный эмоциональный опыт, получаемый в искусственно создаваемой обстановке, в дальнейшем может быть ретранслирован во внешний мир;
- 4) группа дает возможность получить обратную связь и поддержку лицу позднего возраста от лиц, имеющих общие с ним проблемы и переживания;
- 5) в процессе группового взаимодействия фацilitируется (облегчается) принятие ценностей и потребностей других людей;
- 6) в группе человек позднего возраста начинает чувствовать себя принятым и принимающим, пользующимся доверием и доверяющим, получающим помощь и помогающим, повышается самооценка и уровень самоуважения;
- 7) реакции других членов группы на лицо позднего возраста и его реакции на других в группе способствуют облегчению межличностных конфликтов, так как группа представляет собой своего рода полигон для апробирования и закрепления новых конструктивных паттернов поведения, которые могут быть эффективными и вне рамок группового взаимодействия;
- 8) группа предоставляет возможность в контролируемой ситуации обучаться новым умениям, экспериментировать с различными стилями отношений среди равных партнеров;
- 9) значимая обратная связь оказывает влияние на оценку личностью своих установок и поведения; благотворно влияет на старших членов группы, как правило, наиболее зависимых от поддержки и помощи со стороны, способствует стабилизации Я-концепции лица позднего возраста;

- 10) группа облегчает процесс самоисследования и интроспекции, а также подражание примеру удачной адаптации к новой жизненной ситуации облегчает для старого человека нахождение решений собственных проблем структурирования жизнедеятельности в поздние годы.

Терапия творчеством как самостоятельный метод психологической интервенции включает различные методы терапевтического воздействия творчеством: арт-терапию, библиотерапию, музыкальную, пластическую и танцевальную терапию и др. Нами предлагается для профилактики расстройств адаптации у лиц позднего возраста психологическая модель фацilitации личностной адаптированности на поздних этапах онтогенеза средствами творческого самовыражения [12]. Теоретическую основу психологической модели фацilitации личностной адаптированности составляют концептуальные положения о самоопределении личности в период поздней взрослости как субъекта различных видов активности (К.А. Абульханова-Славская, Л.И. Анцыферова, С.Л. Рубинштейн и др.) и коррекционно-развивающие технологии терапии творчеством (М.Е. Бурно, К. Роджерс, Н.Ю. Хрящева и др.).

Процесс самоопределения личности в поздние годы представлен в модели как последовательная смена фаз адаптации, индивидуализации и интеграции в новое биопсихосоциальное пространство самоосуществления, сопряженное с процессом старения и новой ситуацией жизнедеятельности в период поздней взрослости. Основные критерии достижения личностной адаптированности в пожилом и старческом возрасте нами формулируются следующим образом: наличие позитивной перманентной идентичности, сохранность функций контроля и интернальность (внутренняя обусловленность) контроля, высокий уровень самопринятия, гармонизация смысло-жизненных ориентаций, активная жизненная позиция, отсутствие или низкий уровень социальной фрустрированности.

Высокий уровень личностной адаптированности у лиц позднего возраста в процессе групповой психологической интервенции достигается поэтапно. Описываемая модель подразумевает 4 этапа, а именно: раскрытие креативного

потенциала, установление позитивной перманентной идентичности, определение индивидуально-приемлемых форм выражения духовной индивидуальности в социуме (формирование новой жизненной позиции), достижение жизненной компетентности личности в поздние годы.

1. Раскрытие креативного (творческого) потенциала. Основная задача, решаемая на первом этапе психологической помощи, — это стимулирование лиц позднего возраста к творческой деятельности в рамках групповой работы. Для этого инициируются следующие терапевтические процедуры: осознание пожилыми и старыми людьми собственного креативного потенциала и возможного спектра его проявления, этапов и барьеров процесса творчества, а также отказ от сложившихся стереотипных форм мышления, проявление гибкости восприятия актуальной жизненной ситуации.

2. Установление позитивной перманентной идентичности. Групповая работа концентрируется на коррекции системы представлений лиц позднего возраста о своих физических, психологических и социальных качествах. Терапевтическому воздействию подвергается «Я-образ». Благодаря этому, пожилой человек осознает преемственность и непрерывность собственного существования, несмотря на все изменения, наступающие в структуре организма, в склонностях, навыках, интересах, убеждениях, в жизненной позиции и меняющейся социальной роли.

3. Определение индивидуально-приемлемых форм выражения духовной индивидуальности в социуме. Терапевтическая помощь на этом этапе — облегчить установление адаптивной жизненной позиции у лиц позднего возраста посредством творческого осмысления своего опыта, актуализации способности сопоставлять результаты предшествующего решения, поступка, поворотного момента в жизни с последующими, переживания ценности накопленных форм самовыражения и самоосуществления собственной личности в мире. Определяются сферы общественной жизни и социальные роли, индивидуально приемлемые для гармоничного самовыражения личности.

4. Достижение жизненной компетентности.

Психологическая работа фокусируется на развитии способностей и навыков, позволяющих пожилым и старым людям справляться с требованиями, задачами, трудностями и конфликтами заключительной фазы онтогенеза, а также выступать полноценным субъектом собственной жизнедеятельности и реализовывать свой творческий потенциал в этот возрастной период. Жизненная компетентность личности многими исследователями в области геронтологии связывается с мудростью стариков. Например, по мнению Н.Ф. Шахматова, компетентность личности в период поздней взрослости — это «спокойное и созерцательное отношение к собственному старению, к тому, что оно несет собой, открытие новых радостей в жизни», комплекс свойств, который он определяет как «старческая мудрость» [14, с. 69]. П. Балтес и Дж. Смит рассматривают жизненную компетентность и мудрость как идентичные понятия, обозначающие экспертную систему знаний личности позднего возраста, ориентированную на практическую сторону жизни.

Каждый из указанных этапов является необходимым условием последовательной смены фаз самоопределения личности в старости: адаптации, индивидуализации и интеграции. Достижение фазы интеграции свидетельствует о достаточной степени личностной адаптированности. При этом раскрытие креативного потенциала личности выступает универсальным преобразованием, обеспечивающим эффективное функционирование модели фацилитации как в целом, так и отдельных ее элементов.

Таким образом, личностная адаптированность рассматривается нами как позитивный итог разрешения кризиса самоопределения личности в поздние годы, а расстройства адаптации — как негативное завершение указанного процесса.

Модель фацилитации личностной адаптированности на поздних этапах онтогенеза средствами творческого самовыражения отражает психологическую составляющую профилактики и купирования расстройств адаптации, которая дополняет клиническую картину реакций дезадаптации в пожилом и старческом возрасте.

С клинической точки зрения в формировании расстройств адаптации участвуют три компонента: психотравмирующее событие, дефицит информации о способах решения или совладения с проблемой и личностная предрасположенность [10].

Психотравмирующее событие, как правило, нарушает целостность социальных связей личности или систему ее социальной поддержки и ценностей или же вносит существенные изменения в ее жизнедеятельность. Личностный смысл психотравмирующего события в каждом конкретном случае индивидуален. Наиболее характерными примерами событий, субъективно переживаемых пожилыми и старыми людьми как психотравмирующие, могут быть завершение профессиональной деятельности, переезд на другое место жительства, смерть партнера по браку, поступление в дом-интернат для престарелых и др.

Дефицит информации о решении или компенсации возникшей проблемы может быть связан как с новизной ситуации, так и когнитивными особенностями личности. Недостаточность такого рода информации формирует у лица позднего возраста представление о безысходности актуальной жизненной ситуации.

Личностная предрасположенность включает следующие характеристики: функциональная фиксация, т. е. снижение активности мышления, его стереотипность вследствие чрезмерной опоры на прошлый опыт; избирательность памяти с акцентом на негативные аспекты прошлого опыта; произвольность выводов, выражающаяся в формировании суждений в отсутствие достаточных фактических данных; избирательная абстракция – целостное представление о ситуации складывается на основе одного или нескольких элементов, вырванных из общего контекста, при игнорировании остальных; гипергенерализация – формирование обобщающего вывода на основании единичного случая; «максимизация-минимизация» – приписывание ситуации или отдельным ее аспектам неадекватно преувеличенного или преуменьшенного значения. Указанные личностные характеристики в большей или меньшей степени присущи всем пожилым и старым людям, переживающим кризис позднего возраста.

В качестве конкретных коррекционно-терапевтических средств групповой психологической интервенции в превентивной работе с лицами позднего возраста по предотвращению расстройств адаптации нами предлагаются следующие:

- 1) модифицированный вариант таких психотерапевтических приемов из арсенала терапии творческим самовыражением (М.Е. Бурно), как проникновенно-творческое погружение в прошлое; творческий поиск одухотворенности в повседневном; творческое общение с природой, литературой, искусством, наукой; создание творческих произведений;
- 2) психогимнастические упражнения тренинга креативности (Н.Ю. Хрящева), тренинга партнерского общения (Ю.Н. Емельянов, В.П. Захаров);
- 3) аутогенная тренировка;
- 4) арт-терапевтические техники изобразительного творчества: «кооперативное рисование», поэзия в качестве стимула и др.;
- 5) элементы музыкотерапии (В.И. Петрушин).

Эмпирическая проверка психологической модели фацилитации личностной адаптированности на поздних этапах онтогенеза средствами творческого самовыражения показала: групповая психологическая интервенция, структурированная при помощи различных приемов терапии творчеством, является терапевтически эффективной формой психологической помощи, направленной на то, чтобы облегчить разрешение кризиса личности в период поздней взрослости – достичь достаточного уровня личностной адаптированности и предотвратить формирование реакций дезадаптации у пожилых и старых людей в возрасте 60–80 лет [12].

В заключение следует отметить некоторые защитные реакции психологов и врачей, возникающие при терапевтической работе с лицами позднего возраста.

Во-первых, феноменология естественного процесса старения индивида оценивается ошибочно, и специфические возрастные механизмы адаптации воспринимаются как патологические симптомы того или иного психического расстройства.

Во-вторых, в реабилитационной работе с пожилыми людьми предпочтение отдается медика-

ментозным, а не психотерапевтическим средствам воздействия. Если психологическая интервенция применяется, то, как правило, в более сокращенном варианте, чем с лицами среднего возраста и с самого начала терапии выдвигаются «рационализированные» аргументы подобного рода: «у пациентов старше 60 лет мало шансов на излечение», «высокий риск смерти не позволяет проводить интенсивную психотерапию» и т. д.

В третьих, недостаток собственной профессиональной компетентности и вытекающие отсюда неудачи терапии объясняются присущей пожилым людям «ригидностью личности» и «отсутствием мотивации» к психологической работе.

В четвертых, высказывания психологов и психотерапевтов о пожилых и старых людях очень часто агрессивны и пренебрежительны, налицо стремление инфантилизировать пациента (клиента).

В пятых, комплексное диагностическое обследование не проводится, а выявленные симптомы нарушения жизнедеятельности личности приписываются физиологическому процессу старения.

Приведенные ошибочные защитные реакции можно выявлять и устранять лишь при специальной подготовке психологов и врачей по геронтопсихологии, социальной геронтологии, геронтопсихиатрии, а также проведении супервизии и коллегиальном анализе терапии под руководством более опытных психотерапевтов. Без выполнения данных условий обеспечить вы-

сокое качество психологической и психотерапевтической помощи лицам позднего возраста по профилактике и устранению реакций дезадаптации едва ли возможно.

ЛИТЕРАТУРА

1. Андиферова Л.И. Развитие личности и проблемы геронтопсихологии. М.: Институт психологии РАН; 2004. 415.
2. Возрастная психология. Н.В. Гамезо [и др.] - М.: Ноосфера; 1999. 269.
3. Ермолаева М.В. Практическая психология старости. М.: ЭКСМО-Пресс; 2002. 320.
4. Клиническая психология. Под ред. М. Перре, У. Баумана. СПб.: Питер; 2002. 1312.
5. Короленко Ц.П., Дмитриева Н.В. Социодинамическая психиатрия. М.: Академический проект; Екатеринбург: Деловая книга; 2000. 460.
6. Краснова О.В. Руководство по оказанию социально-психологической помощи старым людям. М.: МГУ; Обнинск: Принтер; 2002. 208.
7. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения. М: Академия; 2002. 288.
8. Лидерс А.Г. Психология зрелости и старения 2000; 2: 6-11.
9. Малкина-Пых И.Г. Кризисы пожилого возраста. М.: ЭКСМО; 2005. 368.
10. Старшенбаум Г.В. Динамическая психиатрия и клиническая психотерапия. М.: Высшая школа психологии; 2003. 367.
11. Филозоф А.А. Психология зрелости и старения 2004; 4: 58-84.
12. Филозоф А.А. Фасилитация личностной адаптированности в период поздней взрослости средствами творческого самовыражения: Автореф. дис. ... канд. психол. наук. Воронеж; 2005. 25.
13. Хойфт Г., Крузе А., Радебольд Г. Геронтопсихосоматика и возрастная психотерапия. М.: Академия; 2003. 370.
14. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: Медицина; 1996. 302.

Поступила 10.11.2005

УДК 614.673.9⇒616-053.9

О ПУТЯХ РАЗВИТИЯ СЛУЖБ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОМУ

Э.В. Карюхин

Москва

Ключевые слова: геронтологическая помощь на дому
Key words: gerontology help at home

Согласно мнениям экспертов о путях становления, развития геронтологической помощи на дому, выявляются несколько основных направлений:

- внедрение высоких, в том числе информационных, технологий
- подготовка персонала
- научные исследования
- совершенствование законодательства.

Сообщается о возрастающей роли информационных служб в помощи на дому, гериатрических службах в целом, о создании и развитии новых управленческих информационных систем, включая телекоммуникационные и биотелеметрические [32,34,33,24,12,10,3,25,22].

Подчеркивается потребность иметь постоянные источники информации о состоянии пациентов служб помощи на дому, их лечении, стандартах ухода, стоимости услуг и требованиях пациентов. Недостаток информации о любом из параметров приводит к негативным последствиям. Имеется успешный опыт применения амбулаторного телемониторинга с использованием компьютерных и телемедицинских технологий. Одна из задач проекта — теледиагностика и телеконсультации, включая дистанционные ЭКГ и спирограммы. Специалисты считают важным продолжением такого рода программ совершенствование дистанционного мониторинга в домах пациентов (homecare monitoring) для контроля, в частности, физиологических функций и компьютерной обработки данных. Важное след-

ствие дистанционного мониторинга — отсутствие затрат на госпитализацию с диагностической целью и возможность пациенту вести обычный образ жизни.

Накоплен успешный опыт размещения профессиональной геронтологической информации в Интернет, использования электронных технологий [3,4,12,11].

Важную роль в развитии служб помощи на дому специалисты отводят профессиональной подготовке персонала, обучению кадров формальных и неформальных уровней ухода, включая самих пациентов [31,16,6,14,28,20,9,19,29,21,22,8,7,27,18,15].

В Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова разработан «Образовательный стандарт послевузовской профессиональной подготовки специалистов» по специальности «Гериатрия». Документ включает в себя квалификационную характеристику врача — гериатра, общую характеристику специальности, методические рекомендации по преподаванию специальности «гериатрия», учебные планы, учебную программу [13].

Предложена многоуровневая профессиональная модель гериатра [20]. По данным авторов, первый уровень модели представлен медицинской сестрой, сестринскими технологиями. Второй уровень представлен врачом — гериатром, который должен быть в штатном расписании различных медицинских и социальных учреждений. Авторы предлагают также выделять таких

специалистов, как геронтолог – эндокринолог, геронтолог – уролог, геронтолог – офтальмолог. Третий и четвертый уровень модели составляют заведующие гериатрическим отделением, главные специалисты – гериатры.

По данным Л.Б. Лазебника [16], гериатрическое образование в России осуществляют 11 кафедр и курсов последипломного преподавания геронтологии и гериатрии. По мнению эксперта, додипломное преподавание основ геронтологии и гериатрии должно быть организовано в течение всего курса обучения студентов медицинских вузов. Последипломное образование врачей возможно по следующим направлениям – первичная специализация, общее усовершенствование, аттестационные циклы, тематическое усовершенствование.

В Региональном общественном фонде помощи престарелым «Доброе Дело» (Москва) успешно отработаны методики дистанционной формы обучения персонала геронтологических некоммерческих организаций (ГНКО). Образовательные технологии представлены курсами дистанционного обучения посредством Интернет, телемедицинскими конференциями, Ресурсным центром в Интернет для персонала таких организаций.

Учебная программа курсов, размещенная на сайте Ресурсного центра – www.dobroedelo.ru/vrc, – была использована в дистанционном обучении добровольцев общественной организации для помощи пожилым в г. Архангельске. Учебная группа – 25 студентов медико-социального факультета медицинской академии. В рамках проекта отработывались методики общения преподавателя и курсантов, контроля обучающего процесса. Один из выводов проекта – необходимость иметь надежный доступ в Интернет для успешного усвоения учебной программы.

В рамках другого образовательного проекта были освоены методики организации и проведения телемедицинских конференций для персонала региональных геронтологических некоммерческих организаций. Подготовка включала: оплату аренды телемедицинского оборудования, согласование тематики, продолжительности конференции, состав аудитории. Коммуникации на этом этапе осуществлялись при помощи электронной почты. Предлагались на выбор несколько тем, касающихся основ социальной геронтологии, психологических аспектов. Дли-

тельность лекций составляла, как правило, около полутора часов, до 30 мин оставлялось на дискуссию участников конференции. Аудитории были представлены персоналом общественных организаций, студентами, аспирантами, преподавателями кафедр социальной работы.

Одна из главных задач Ресурсного центра в Интернет (www.dobroedelo.ru/vrc) – предоставление пользователям информационно-образовательных материалов сферы социальной геронтологии, ориентированных на персонал региональных геронтологических некоммерческих организаций. Ресурсы включают:

- электронный учебник основ геронтологии и гериатрии
- монографию «Геронтологические НКО: от моделей ухода к становлению сектора» (электронная версия)
- учебную программу курсов дистанционного обучения
- материалы международного, межрегионального семинара «Вклад некоммерческих организаций в помощь пожилым» (электронная версия)
- интеллектуальную трениговую систему сферы социальной геронтологии «Геро-Стат»
- полнотекстовые материалы ООН по проблемам старения
- обновляемую новостную ленту.

На сайте Ресурсного центра имеется Форум для общения в реальном масштабе времени, а также возможность электронной рассылки информации. Опыт функционирования Ресурсного центра показал его востребованность как профессионалами, так и будущими специалистами.

В статье «Геронтологический уход в 21 веке» [30] специалисты сообщают о потребностях в геронтологических исследованиях, как общих, так и прикладных, относящихся к долговременному уходу. Актуальными темами исследования первого рода признаются:

- эффективность и действенность специфических клинических вмешательств
- индикаторы качества жизни
- оценка факторов здорового образа жизни
- создание теорий старения
- комплексная оценка феномена старения
- оценка инноваций в подготовке персонала для служб ухода
- экономический анализ функционирования существующих служб ухода.

В отношении долговременной помощи актуальными признаны следующие направления исследований:

- службы ухода для пожилых с нарушениями функционирования и без таковых
- эффективность различных служб ухода в зависимости от подбора персонала, обучения, контроля его деятельности, перспектив карьеры
- эффективность различных моделей ухода, предоставляющих помощь на дому пожилым с нарушениями функционирования для возвращения их к большей независимости
- воспроизведение эффективных моделей и усвоение их успешного опыта.

По мнению украинских геронтологов [1], социальная геронтология является одной из самых представленных по числу разрабатывающих ее центров. Отмечаются актуальные направления исследований: разработка систем организации стационарной и амбулаторной специализированной медицинской помощи, создание автоматизированных банков данных заболеваемости и смертности в пожилом и старческом возрасте, сравнительный анализ факторов качества жизни.

Ранее нами сообщался опыт совместного исследования с математиками ВЦ РАН [17] по применению математического моделирования в социальной геронтологии. В рамках проекта была создана база данных геронтологической популяции, разработаны экспертные задания для компьютерной обработки данных с целью получения различных параметров функционирования пожилых и старых людей, а также геронтологической организации, предоставлявшей услуги на дому. Показатели были представлены в виде таблиц и графиков. Предложена математическая модель управления организацией, а следовательно, и параметрами качества жизни ее подопечных. Имеются сообщения о применении математического моделирования в гериатрии, методик социального моделирования и прогнозирования [26].

Специалисты выделяют три основных группы правовых норм, на которых базируется социальная политика РФ в отношении пожилых граждан:

1. Нормы, закрепляющие права всех граждан независимо от возраста, в том числе пожилых людей.

2. Нормы, непосредственно касающиеся прав пожилых людей.

3. Нормы, регулирующие положения особых категорий пожилых граждан (ветераны, реабилитированные и др.) [2].

Правовой базой для функционирования геронтологической помощи на дому в России являются Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в РФ», принятый 15.11.1995 г., Федеральный закон «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2.08.1995 г. Ранее был принят Федеральный закон «Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан» от 22.07.1993 г., издан Приказ Минздрава РФ от 20.09. № 222 1993 г. «О мерах по реализации основ законодательства РФ об охране здоровья граждан» [5,23].

Наряду с этими законами существуют также ведомственные нормативные акты. В системе Минтруда РФ (уже бывшего – прим. авт.) таковыми являются:

- приказ от 15.09.1995 г. № 218 «О порядке и условиях зачисления на социальное обслуживание на дому»
- постановление от 27.07.1999 г. № 32 «Об утверждении методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения»
- постановление от 8.08.1997 г. № 36 «Об утверждении примерного положения о Центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов».

Нормативные акты Минздрава РФ (уже упраздненного – прим. авт.):

- приказ от 2.07.1985 г. № 875 «О дальнейшем совершенствовании медицинской помощи лицам старших возрастов»
- приказ от 17.03.1987 г. № 375 «О мерах по дальнейшему улучшению обслуживания престарелых и инвалидов»
- «Методические рекомендации по организации форм и методов «частичной госпитализации» в лечебно-профилактических учреждениях» от 20.07.1990 г.
- приказ «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в РФ» от 28.07.1999 г. № 297.

Признавая, что, несмотря на значительное количество нормативных документов, отсутствуют системный подход, последовательность и преемственность в организации помощи на дому для пожилых людей, не определен порядок взаимодействия учреждений здравоохранения и социальной защиты, не разработана система контроля и оценки эффективности проведения мероприятий, эксперты предлагают учитывать следующие критерии для совершенствования законодательной базы:

- организационная перестройка всей системы медико-социальной помощи пожилым; не забота о популяции в целом, а гарантированная адресная помощь с учетом индивидуальных потребностей
- адекватность объемов помощи соответственно медицинскому и социальному статусу пожилых людей
- при выборе форм предоставления медико-социальной помощи ориентация на потребности пациентов/клиентов
- гибкая взаимозаменяемость различных форм предоставляемой медико-социальной помощи с учетом индивидуально-конкретных обстоятельств
- разработка Положения о взаимодействии органов социальной защиты и здравоохранения по организации надомного медико-социального обслуживания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Безруков В.В., Душленко Ю.К., Бурчинский С.Г. *Клин. геронтол.* 1999; 3: 10-11.
2. Васильчиков В.М. Формирование социальной геронтологической политики на современном этапе развития российского общества. Государство и общество: проблемы социальной ответственности: Материалы 9-х научных чтений МГСУ. Изд-во МГСУ «Союз», 2003. 169-170; 167-168.
3. Воробьев П.А., Илохина Е.В., Горохова С.Г., Буланова В.А. *Клин. геронтол.* 2000; 7-8: 109.
4. Воробьев П.А. *Клин. геронтол.* 2001; 7-8: 84-85; 85.
5. Дементьева Н.Ф., Рязанов Д.П. К проблеме взаимодействия органов социальной защиты и здравоохранения в обслуживании пожилых людей на дому. Государство и общество: проблемы социальной ответственности. Материалы 9-х научных чтений МГСУ. Изд-во МГСУ «Союз», 2003. 207-209.
6. Денисов И.Н., Сидорова И.С., Воробьев П.А., Горохова С.Г. *Клин. геронтол.* 2000; 6-8: 33 – 36.
7. Золотарева Т.Ф. Практика в системе подготовки социальных работников. *Клин. геронтол.* 2000; 6 (7-8): 253-261.
8. Инновационный подход к социальному обслуживанию пожилых людей: Кузбасская модель / Отв. ред. И.Н. Бондаренко, О.В. Краснова. М.: Московская Швейцария, 2003. 54-55; 41-42; 117-123; 36-39; 37; 93-108.
9. Карюхин Э.В. Геронтологические НКО: от моделей ухода к становлению сектора. М.: ЭСЛАН, 2002. 50-55; 94-100; 113-119; 104-108.
10. Карюхин Э.В. *Клин. геронтол.* 2000; 9(10): 60-63.
11. Карюхин Э.В. *Клин. геронтол.* 2003; 9: 130.
12. Карюхин Э.В. Реферат. сб. «Геронтол. Гериатр». 2000; 6: 4-6.
13. *Клин. геронтол.* 2001; 7(11): 5-6.
14. Кочкина Т.В., Шибайкина А.Б., Якушева Т.С. *Клин. геронтол.* 2003; 9(9): 133.
15. Кочкина Т.В., Шибайкина А.Б., Ластовская Т.Г. *Клин. геронтол.* 2003; 9: 133.
16. Лазебник Л.Б. *Клин. геронтол.* 2000; 6(7-8): 3-5.
17. Магюнин Е.С., Карюхин Э.В. *Психол. зрел. и старен.* 2002; 3: 111-121.
18. Михайлова М.Н., Пустозеров В.Г., Погодаева Е.С., Макарович С.П. *Клин. геронтол.* 2003; 9(9): 136.
19. Мухаметшин З.А. *Клин. геронтол.* 2000; 6 (7-8): 37-38.
20. Некрасова Н.И., Воробьев П.А., Цурко В.В., Преображенский Д.В. *Клин. геронтол.* 2003; 9(9): 136.
21. Одегова Т.В., Ковтун Е.И., Катаева Л.М. *Клин. геронтол.* 2001; 7(8): 93.
22. Пушкова Э.С. *Клин. геронтол.* 2001; 7(10): 79-80.
23. Сафронова В.М. Концептуальные модели решения проблем старшего поколения. Талант, знания, опыт старшего поколения – на пользу Родине: Материалы междунар. науч. – практич. конфер. (декабрь 1999). М.: Изд-во МГСУ «Союз», 2000. 93-101.
24. Скорыходов С., Маркин А. *Клин. геронтол.* 1999; 3: 96.
25. Сура М.В., Воробьев П.А. *Клин. геронтол.* 2003; 9(9): 139.
26. Ткачев С.Б., Виноградова М.С., Терьянов М.Б., Величенко О.Л. *Клин. геронтол.* 2000; 6(9-10): 86-87.
27. Шакалис Д.А. *Клин. геронтол.* 2001; 7(8): 97.
28. Шутемова Е.А., Концевая А.В., Ушакова С.Е., Кодряну Л.И., Назарова О.А. *Клин. геронтол.* 2003; 9(9): 142.
29. Щербинин А.М., Ковтун Е.И., Катаева Л.М., Коквина О.П. *Клин. геронтол.* 2001; 7(8): 97.
30. Burggraf V., Barry R. *Journal of Gerontol. Nursing.* 1998; 24(6):33.
31. Goetschius S.K. *Journal of Gerontol.* 1997; 23(3): 48.
32. Kupka N.J., Trubitt M.J., Goldberg A.I. *Home Health Care Management and Practice.* 1998; 10(5): 11-13.
33. Mallard C.O., Mitchell R.D. *Home Health Care Management and Practice.* 1998; 10(6): 36.
34. Pace K.B. *Home Health Care Management and Practice.* 1998; 10(4): 39.

Поступила 28.10.2005

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

УДК 612.67

ОДИНОКАЯ СТАРОСТЬ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ

И.А. Гехт

Самарский государственный медицинский университет

Ключевые слова: одинокая старость, медико-социальные аспекты
Key words: lonely aging, medical and social aspects

В настоящее время в России отмечаются следующие основные негативные демографические тенденции:

- низкая рождаемость (за 15 лет сократилась вдвое),
- высокая общая смертность,
- высокий уровень преждевременной смертности (у мужчин в 4 раза выше, чем в развитых странах Запада, у женщин в 1,7 раза выше),
- старение населения и нарастание одиночества лиц старших возрастов (эти явления прямо зависят от предыдущих: именно падение рождаемости и высокая смертность в трудоспособном возрасте, особенно мужчин, обусловили в России одинокую старость с женским лицом).

При этом нарастает удельный вес старших возрастов в нашей области: с 8,8% в 1959 г. до 19% в 2002 г., т. е. каждый 5-й житель области — человек в возрасте 60 лет и старше. Можно выделить 4 основных аспекта старения: медицинский, социальный, экономический, политический.

Однако старость пугает людей не столько болезнями, сколько одиночеством, вот на этом и хотелось бы остановиться подробнее, тем более, что одиночество пожилых начинается с гораздо более молодого возраста.

Михаил Юрьевич Лермонтов писал:

Как страшно жизни сей оковы
Нам в одиночестве влачить.
Делить веселье все готовы,
Никто не хочет грусть делить.

В толковом словаре В.И. Даля дается определение термина «одинокий» — уединенный, сам по себе, отдельный. Именно в этой трактовке мы расценивали одиночество пожилых и старых людей, когда проводили медико-социологическое исследование в сельской местности. В словаре В.И. Даля нет развернутого определения термина «одиночество», оно трактуется лишь как «состояние одинокого». В современной же литературе одиночество рассматривается в более широком смысле. Ведь можно испытать чувство одиночества и в семье, и в толпе, и в окружении очень близких людей.

Американский писатель Э. Хаббард писал: «Истинное одиночество — это присутствие человека, который тебя не понимает», шуточный совет на эту же тему дает приятелю А.П. Чехов: «Если боитесь одиночества, то не женитесь».

Одиночество пожилых людей часто рассматривается для обозначения людей, живущих самостоятельно, отдельно, т. е. в смысле физического отношения с другими людьми, оторванности, изолированности. По нашим данным, только 33% одиноко живущих в селах пенсионеров часто испытывают чувство одиночества, 20% — редко, 42% — не испытывают вообще.

Всегда ли мы правильно оцениваем одиночество? Психолог А. Харац утверждает, что одиночество становится бедствием и проклятием, когда оно неправильно понято и истолковано. В процессе социологического исследования было выяснено, что пожилые датчане менее, чем

другие европейцы, склонны общаться с родственниками, но они и в наименьшей степени чувствуют себя одинокими. Пожилые итальянцы, наоборот, чаще других общаются со своими родными, более других при этом испытывая чувство одиночества. Этот результат не будет казаться парадоксальным, если рассматривать одиночество как естественное состояние человека, осознанное общение с самим собой, а не только как изолированность и покинутость.

У людей часто возникает потребность быть в одиночестве. В одной из песен Вахтанга Кикабидзе есть такие слова: «Уходят праздные друзья, и начинается мой праздник...». Модный поэт М. Бару шутливо написал на эту же тему:

Гости вот-вот:
В ожидании их предвкушаю
Тот сладостный миг
Одиночества полного,
Что наступит, как только
Их черти домой унесут.

Американские психологи (Д. и Э. Лилли) разработали терапевтическую программу лечения многих болезней, основанную на принципах одиночества. Они утверждают, что одиночество способствует развитию собранности, сосредоточенности, концентрации жизненных сил и оказывает положительное влияние на улучшение состояния здоровья.

Многие века одиночество воспевалось как источник вдохновения. М.Монтень писал: «Заставим себя сознательно жить в одиночестве и притом так, чтобы это доставляло нам удовольствие.» У П.И. Чайковского найдена в дневниках запись: «У меня теперь страстная потребность в одиночестве». С ним солидарен поэт В. Ходасевич:

Заветные часы уединенья!
Ваш каждый миг лелею, как зерно;
Во тьме души да прорастет оно
Таинственным побегом вдохновенья.

Его поддерживает известный философ А. Шопенгауэр: «Кто не любит одиночество, тот не любит свободы». Однако его английский коллега Ф. Бэкон думет неожиданно совсем по-другому: «Тот, кто любит одиночество, либо дикий зверь, либо Господь Бог».

Несмотря на полярность суждений, следует признать, что в пожилом и старческом возрасте возникает множество причин для переживания чувства одиночества. К старости, и особенно к

одиноким старости, надо приспособливаться, привыкать, адаптация к одинокой жизни имеет большое значение для лиц старших возрастов. Следует, пожалуй, согласиться и с Львом Троцким, который утверждал: «Старость — самое неожиданное, что поджидает нас в жизни».

На Западе проблемам адаптации уделяется очень серьезное внимание, там изучается перед пенсией состояние здоровья; если будущий пенсионер хочет работать, определяют ему работу, соответствующую состоянию здоровья, обучают новой специальности заранее, заранее помогают в обмене жилья, чтобы жить рядом с детьми или родственниками (тратят на это ресурсы, но выигрывают, так как будет меньше уходить денег на социальные услуги: дети принесут и продукты, и лекарства, в специальных клубах обучают пожилых мужчин, как готовить еду, стирать и т. п.).

Адаптация к одинокой жизни проходит у всех по-разному, принятие или непринятие одиночества уходит корнями в более ранние периоды жизни, в старости лишь отчетливо проявляются и обостряются отрицательные черты характера. К. Душенко (2001) приводит остроумный и точный афоризм неизвестного автора: «Родители достаются нам, когда они уже слишком стары, чтобы исправить их дурные привычки».

Тем не менее, многие самостоятельно живущие пожилые и старые люди не испытывают гнетущего чувства одиночества, им даже нравится, что они свободны и живут одни. По нашим данным, 60% самостоятельно живущих в сельской местности пожилых и старых людей, имеющих детей, с ними жить не хотят. Но есть категория лиц старших возрастов, для которых одинокое проживание — это трагедия, особенно когда начинают одолевать болезни. Социальные контакты в этом случае выступают как источник удовлетворения, а их отсутствие вызывает упадок духа. 40% наших сельских респондентов не против совместного проживания со своими детьми, но этому препятствует нежелание детей жить вместе, неприязненные отношения друг с другом, жилищные затруднения.

Удивительно, но если посмотреть на контакты с детьми одиноко живущих сельских пенсионеров, то оказывается, что даже проживая в одних селах, они умудряются не общаться по нескольку лет.

Очень точно подметил Курт Воннегут: «Как бы я хотел, чтобы люди, которые по положению

вещей просто обязаны любить один другого, во время выяснения отношений помнили: чуть меньше любви, чуть больше элементарной порядочности». Когда мы рассматриваем отношения детей и престарелых родителей, хочется еще и еще раз повторить: «Пусть нет любви, но проявите порядочность», ведь очень часто пожилые и старые родители нуждаются лишь во внимании, моральной поддержке, элементарном уходе, и здесь значение детей трудно переоценить. Врач-психотерапевт Я. Филатов справедливо заметил: «Рождение детей — это не заслуга перед государством, а вложение капитала в собственное будущее, так как мама-одиночка не так страшна в нашей стране, как одинокая старость».

По нашим данным, само одинокое проживание пожилого человека при сохраненной способности к самообслуживанию, выраженной социальной и физической активности положительно характеризует состояние здоровья. Многие активно выполняют работу по дому. Очень точно заметил М.Ю. Лермонтов: «Порой обманчива бывает седина, так мхом покрытая бутылка вековая хранит струю кипучего вина».

По нашим данным, в возрасте 60 лет и старше в сельской местности в браке не состоят 15,8% мужчин и 50,9% женщин. В этой возрастной группе среди не состоящих в браке соотношение мужчин и женщин 1:7. Это вызвано сверхсмертностью мужчин в трудоспособном возрасте. По данным предыдущего медико-социологического исследования (1990 г.), среди не состоящих в браке пожилых и старых людей самостоятельно проживали 27% мужчин и 33,5% женщин. В настоящее время ситуация довольно резко изменилась: доля лиц старшей возрастной группы, проживающих одиноко, значительно увеличилась как среди неженатых мужчин, так и среди незамужних женщин (соответственно 47 и 66%). Особенно ярко эта тенденция выражена в малых селах, не имеющих больниц, там одиноко живущие старые и пожилые люди составляли 44% (1990), а теперь составляют 71% (2002). Как выяснилось, 16% самостоятельно живущих престарелых людей детей не имеют, это, конечно, группа особого социального риска.

Как оказалось, в осенне-зимний период покидают свои дома 9% респондентов, в малых селах уезжают на зиму 14,3% опрошенных. Несомненно, причины, по которым покидаются на

время села, у каждого пожилого человека свои, но всех их объединяет то, что в зимнее время у одиноких пожилых людей затруднено самообслуживание, а бездорожье, неустойчивая телефонная связь, свертывание в последнее время регулярного автобусного сообщения уменьшает в этот период и без того ограниченную доступность медицинской помощи.

По данным анкетирования выяснено, что подавляющее большинство респондентов — вдовы и вдовцы. С увеличением возраста их доля растет. Начинают одиноко жить до 50 лет только 10% мужчин и 52,3% женщин. Таким образом, большинство мужчин оказались одинокими в более позднем возрасте, чем женщины, половина которых остались одинокими еще до пенсионного возраста, и это во многом связано с демографическими последствиями Великой Отечественной войны.

Следует отметить, что в последние годы несколько увеличилось число браков, заключаемых пожилыми людьми, причина — потребность в общении и уходе.

Нами были обследованы 256 человек, в возрасте 60 лет и старше вступившие в брак. У них наблюдается выраженное улучшение жилищных условий, повышается материальный доход на члена семьи, так как больше занимаются дачей, огородом, подсобным хозяйством. Увеличиваются социальные контакты, чаще встречаются с соседями, друзьями (кстати, потребление алкоголя также возрастает). Уменьшается обращаемость к врачам, за скорой медицинской помощью, снижается потребность в госпитализации.

Все это для лечебных учреждений экономически, на первый взгляд, выгодно. Однако около 70% респондентов занимаются самолечением, что вместе с низкой обращаемостью к врачам ведет к накоплению у них хронической патологии. А это, в свою очередь, ведет к увеличению доли госпитализаций по экстренным показаниям (по нашим данным, 69% пациентов в возрасте 60 лет и старше госпитализируются в Самарской области по экстренным показаниям). Кстати, с госпитализацией пожилых наблюдается интересная ситуация: до 80 лет уровень госпитализации с возрастом нарастает и достигает в возрасте 70–79 лет 200 на 1000, а старше 80 — резко падает и составляет всего 79 на 1000, что связано с уменьшением обращаемости в лечебно-профилактические учреждения, хотя

понятно, что потребность в стационарном лечении не может так резко уменьшиться.

Вообще картина обращаемости к врачам на селе довольно тревожная. Видимость, что наши поликлиники заполнены пожилыми пациентами, создают одни и те же пенсионеры, большинство из которых имеют право на льготное обеспечение лекарствами, именно у них высокая кратность обращений.

С помощью специальных карт, которые заполнялись предварительно проинструктированными работниками фельдшерско-акушерских пунктов в селах, где нет больниц, была изучена особенность смертности одиноких пожилых и старых людей.

Большой интерес представляет, где закончили свой жизненный путь одинокие престарелые люди. Полученные данные достаточно тревожны: лишь 7% из них умерли в больнице, остальные — дома (для справки, в Дании 82% пожилых людей умирают в больнице). Следует заметить, что 40% умерших не имели родственников, проживающих рядом, т. е. не могли рассчитывать на их помощь, когда ухудшалось состояние здоровья и уменьшалась способность к самообслуживанию.

Нами изучена обращаемость к врачам одиноких пожилых людей в течение их последнего года жизни. Оказалось, что даже среди этого контингента в последний год своей жизни к врачам не обращались ни разу 44,8% мужчин и 65% женщин ($p < 0,05$). Столь низкая обращаемость за врачебной помощью объясняется не только сниженной мобильностью одиноких пожилых и старых людей, но и недостатками в организации выездных форм обслуживания при уменьшении возможности у этих лиц доехать до лечебного учреждения. В то же время имеет значение и то, что многие пенсионеры перестают обращаться за медицинской помощью, когда отпадает необходимость в больничном листе (в 1990 г. продолжали трудовую деятельность 19% респондентов, сейчас — менее 3%), большинство пожилых на селе считают болезнь неизбежным атрибутом старости, к сожалению, так думают и многие медицинские работники.

Таким образом, изучение социальных и медицинских аспектов одиночества имеет большое значение для понимания проблем, связанных с постарением населения, и проведения государ-

ством адекватной социальной политики. Особую актуальность изучение этого вопроса приобрело в последнее время в связи с дополнительными финансовыми ресурсами, выделяемыми Пенсионным фондом РФ на страхование пенсионеров. И здесь возникает двойственность ситуации: с одной стороны, деньги по страховому принципу должны перемешиваться и попадать в лечебно-профилактические учреждения по принятым правилам игры. С другой стороны, у этого особого контингента уместно выделить виды патологии, распространенные в старости и требующие приоритетных мер: ухудшение зрения и слуха, что обуславливает увеличение потребности в оперативном лечении по поводу катаракты, в слухопротезировании, стоматологическая патология с необходимостью зубопротезирования, снижение мобильности в связи с разными заболеваниями с увеличением потребности в надомном обслуживании (по нашим данным, 35% опрошенных пенсионеров хотели бы лечиться на дому, когда у них обостряются хронические заболевания). По этим позициям можно было бы полностью соблюсти принцип адресности помощи.

Не менее актуальным остается вопрос о функционировании отделений медико-социальной помощи, в чем наша область выступила пионером, так как львиная доля госпитализаций пожилых связана с социальными показаниями, а не с медицинскими. Жаль, что из-за нехватки денег в службе социальной защиты эта работа постепенно сокращается. Если старых пациентов не госпитализировать в эти отделения, они опять будут «блокировать» более дорогие койки по обязательному медицинскому страхованию.

В заключение несколько высказываний: проф. А.Н. Рубакин оптимистично говорил, что в старости печально лишь одно: то, что она тоже кончается. Но нам больше по душе высказывание видного педагога В.А. Сухомлинского: «Старость не может быть счастьем, она может быть лишь покоем или бедой. Покоем она становится, когда о ней помнят. Бедой ее делают забвение и одиночество».

И закончить, хоть это и нескромно, хотелось бы словами Михаила Светлова:

Простите меня, я жалею старушек,

Но это — единственный мой недостаток.

Поступила 05.04.2005

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

З.П. Горохова

*Республиканский гериатрический центр больницы № 1 МЗ Республики Саха,
Якутия*

Ключевые слова: лечебно-профилактическая и реабилитационная помощь, пожилой возраст, гериатрический центр
Key words: aged, treating and prevention help, geriatry center

В настоящее время в России проживает более 30 млн пожилых людей, одна из самых характерных черт постарения населения России – рост популяции людей старше 80 лет. Доля 80-летних растет быстрее, чем доля 60-летних в общей численности населения.

Увеличение числа лиц пожилого возраста, старение населения приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем, связанных с увеличением объема и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым, ветеранам войны и тыла.

В республике на базе больницы № 1 постановлением правительства № 699, Указом первого Президента РС (Я) М.Е. Николаева в 2000 г. был открыт Республиканский гериатрический центр, который расположен по Покровскому тракту, 7-й км, имеет 100 коек, 3 отделения: терапевтическое, кардиологическое, неврологическое и палату интенсивной терапии. Всего работают 170 сотрудников. Состав персонала показан в табл. 1.

Гериатрическая служба в республике – это новое направление в здравоохранении, ведущая роль в оказании гериатрической помощи принадлежит органам практического здравоохранения.

В своей работе большое внимание мы уделяем в первую очередь подготовке и обучению сотрудников по клинической гериатрии, так как лечение пожилых больных имеет свои особен-

ности, с возрастом у пожилых и старых людей развитие и течение заболеваний во многом обусловлены качественными изменениями в организме, объем медицинской помощи пациентам старших возрастных групп следует определять дифференцированно с учетом возраста, степени сохранности здоровья.

С целью подготовки медицинских работников по гериатрии и геронтологии в декабре 2003 г. на базе центра провели:

1. Сертификационный цикл по клинической гериатрии, 32 врача в республике получили сертификат врача – гериатра.

2. Сертификационный цикл для сестер «Сестринская помощь людям пожилого и старческого возраста».

Вопросы демографии, эпидемиологии, распространенности, клинического течения некоторых инфекционных заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста в Якутии полностью

Таблица 1

Сведения о кадрах

Персонал	Число	Укомплектованность, %	Категорийность, %
Врачи	26	100	73
Средний медперсонал	63	100	50
Технический медперсонал	48	100	
Прочие	33		

еще не изучены, под руководством ученых Новосибирской медицинской академии на базе гериатрического центра с участием врачей – гериатров будут проводиться научно-исследовательские работы по этим направлениям.

Поступают пожилые больные на плановое лечение в центр со всех улусов и городов республики. Составлен четкий график их поступления с учетом числа ветеранов войн и тыла в каждом улусе.

Отбор больных на госпитализацию в центр проводят на местах ответственные врачи по медицинскому обслуживанию ветеранов войн и тыла. О деятельности центра свидетельствуют данные табл. 2.

Поступают больные плановые, в основном на обследование. Улусным больным стараемся проводить углубленное диагностическое обследование, в том числе УЗИ, эндоскопию с целью диагностики онкологической патологии.

Таблица 2

Деятельность гериатрического центра с 2002 по 2004 гг.

Показатели	2004	2003	2002
Количество коек	100	100	100
На начало месяца	91	98	107
Поступило больных	1960	2018	2012
Выписано	1895	1963	1965
План койко-дней	36600	36500	36500
Проведено койко-дней	36699	39340	39343
Выполнение плана, %	100,2	107,8	107,7
Сред. длительность койки	366,9	393,4	393
Оборот койки	19,5	20,2	20,1
Сред. длительность пребывания больного	19,5	19,5	19,5
Летальность, %	1,1	1,1	0,7
Умерло	23	23	16
Результат лечения: улучшение	1910	1969	1958
без перемен	22	39	46
ухудшение	25	17	17
Жители: городские	1044	1125	1135
улусные	913	900	886
Ветераны: тыла	1104	993	1160
труда	235	152	148
Прочие	116	166	118
УВОВ	304	389	233
ИВОВ	50	41	142
Вдовы УВОВ	26	44	41
Возраст, годы: 60–69	485	555	576
70–79	1021	1014	1009
80–89	339	306	290
90 и старше	15	20	21

Примечание. УВОВ и ИВОВ – участники и инвалиды Великой Отечественной войны.

В гериатрическом центре работают специалисты: отоларинголог, окулист, гинеколог, хирург, уролог, онколог, эндокринолог, стоматолог. Проводится бесплатное слухопротезирование по показаниям.

В структуре заболеваний на первом месте – заболевания сердечно-сосудистой системы; на втором – заболевания органов дыхания; на третьем – заболевания костно-мышечной системы.

С учетом множественности заболеваний, взаимно отягощающих друг друга, в лечении пожилых больных имеются свои особенности.

В лечении пожилых больных широко используются методы реабилитации: лечебный массаж, лечебная гимнастика, фитотерапия, апитерапия, физио- и лазеротерапия.

Очень важное место в лечении занимает питание лиц третьего возраста, с учетом уменьшения у них энергетических затрат до 2000 ккал питание 5-разовое.

В центре мы создали, кроме врачевания, особый микроклимат: моральный, психологический, духовный. Работает библиотека, доставляются свежие газеты, журналы, перед больными выступают любимые артисты, писатели; есть шахматы, бильярд. С благословения патриарха Германа действует православная часовня.

Вопросы этики и деонтологии в гериатрии имеют свои особенности. Работа с пожилыми людьми требует моральной готовности, умения общаться с ними и их родственниками; чуткость, душевная теплота, моральная поддержка, милосердие, сострадание, соучастие нужны не меньше, чем лекарственная терапия.

Опыт работы с пожилыми пациентами требует дальнейшей координации усилий не только службы здравоохранения, но и других служб по решению медико-социальных проблем пожилых людей.

В основе организации гериатрической помощи необходимы следующие принципы:

1. Гериатрическая помощь должна быть составной частью общей системы лечебно-профилактических мероприятий, она должна быть массовой и доступной.

2. Медицинская помощь должна быть максимально приближена к месту проживания людей старшего возраста.

3. Участковый терапевт осуществляет первичную медико-социальную помощь, определяет тактику лечения и реабилитации.

4. Весь комплекс лечебных мер должен быть направлен не только на лечение, но и на восстановление психофизического состояния больного и его способности к самообслуживанию.

5. Необходимо шире внедрять малозатратные формы обслуживания: организацию дневных стационаров и др., т. е. повышать доступность медицинской помощи, в дневных стационарах пожилой пациент в значительной мере сохранит подвижность, следовательно, останется активным в семье и обществе.

6. Открытие гериатрических коек, палат, филиалов в центральных улусных больницах, гериатрических кабинетов в поликлиниках (Указ Президента РС (Я) № 1411 от 08.05.01).

7. Необходима совместная работа с органами социальной службы по проблемам пожилых людей.

В связи с открытием Республиканского гериатрического центра создается возможность организации единой системы гериатрической помощи населению республики.

Поступила 01.09.2005

УДК 614.253.52

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ В ВОЗРАСТЕ ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ

А.В. Голенков¹, А.Б. Козлов³, Л.Г. Ронжина², А.В. Аверин³

¹ *Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова,*

² *МЗ Чувашской республики,*

³ *Республиканская психиатрическая больница, г.Чебоксары*

Ключевые слова: сестринский уход, психически больные, пожилой возраст

Key words: aged, nurse care, psychiatry patients, age of development

На сегодняшний день неотъемлемой частью ухода, лечения и реабилитации пациентов возраста обратного развития является осуществление сестринского процесса. На протяжении ряда лет углубленно изучается этот процесс, но время требует стандартизации сестринской деятельности, основными задачами которой в работе с лицами возраста обратного развития яв-

ляются восстановление утраченных навыков самообслуживания, сохранение социальной активности пациентов и восстановление нарушенных социальных контактов [2–5].

От эффективности сестринского процесса зависят качественные показатели работы любого отделения. Этот процесс в отделении сестринского ухода применяется с 1999 г. Средняя дли-

тельность пребывания пациента в отделении составляет 85 дней. Состояние пациента оценивают в два этапа — во время поступления и при выписке больного.

Оценка эффективности сестринского процесса в отделении сестринского ухода включает:

1) оценку снижения способности пациентов к самообслуживанию;

2) оценку психической способности пациентов;

3) оценку риска развития пролежней с заполнением шкалы Ватерлоу;

4) учет количества падений пациента и их последствий.

При оценке способности к самообслуживанию обращают особое внимание на умение самостоятельно передвигаться, принимать пищу, пользоваться душем, туалетом, контроль за мочеиспусканием и др.

Данные анкетирования показали, что функция передвижения восстановилась у 35% пациентов, передвигаться в пределах закрытого пространства могут 63% пациентов, 2% требуют активного наблюдения и ухода. У 35% пациентов восстановились такие умения, как самостоятельное пользование телефоном, умение покупать продукты, самостоятельный прием лекарств. Оценка психической способности пациентов раскрывает ориентацию в собственной личности, пространстве, времени. Данные исследования показали, что из 65% пациентов, не ориентирующихся в месте и времени, ориентация восстановилась у 5%. Контроль за мочеиспусканием отсутствовал у 45%, восстановился у 20% пациентов.

Определяя психический статус, медицинская сестра ориентируется на шкалу оценки психического состояния больных пожилого возраста с деменцией [1]. Она определяет доступность пациента контакту. У многих нарушена ориентация во времени и месте, а зачастую и в собственной личности. Мышление у больных, как правило, замедленное, вязкое, ригидное, обстоятельное. В беседе с пациентом медицинская сестра обнаруживает бредовые идеи, например, при шизофрении или инволюционном психозе. Нарушения в эмоционально-волевой сфере чаще всего проявляются в виде депрессии и сла-

бодушия (недержания аффектов). Интеллектуально-мнестическая сфера у пациентов отделения резко снижена [2–3]. Круг интересов существенно сужен, ограничиваясь удовлетворением физиологических потребностей.

С внедрением «Протокола ведения больных. Пролежни» в работу отделения и при оценке каждого пациента по шкале Ватерлоу своевременно выявляются пациенты с риском развития пролежней, ведется тщательное наблюдение и контроль медицинских сестер за общим состоянием пациентов, состоянием их кожных покровов с целью предупредить развитие пролежней. Так, по данным исследования риск развития пролежней в отделении отсутствовал у 42,3% больных, их риск был у 50,2%, их высокий риск — у 7,5%. Пациентов, у которых образовались пролежни, не было.

Контроль и учет количества падений пациентов показывает, что от общего числа падений у 90% больных был ушиб мягких тканей, у 8% рваные раны, требующие первичной хирургической обработки, 2% падений приводили к перелому ребер, шейки бедра.

Анализ внедрения сестринского процесса в работу отделения доказал необходимость стандартизации деятельности медицинской сестры. С этой целью специалистами по сестринскому делу были разработаны протоколы сестринского наблюдения и ухода за психически больными возраста обратного развития. Разработанные протоколы применяются на практике уже более 6 лет.

В результате внедрения протоколов сестринского наблюдения и ухода за психически больными возраста обратного развития около 70% из них выписываются с улучшением состояния. Наилучшие результаты достигаются на начальных стадиях сосудистой и органической деменции. У 20–25% больных удается достичь лишь незначительных изменений в состоянии (сенильная деменция, болезни Пика, Альцгеймера) [2–5]. Летальность в отделении уменьшилась с 6,12 до 1,12%.

Работа медицинской сестры в сестринском процессе с лицами возраста обратного развития требует высокого профессионализма, мобильности всего персонала отделения (таблица).

ПРОТОКОЛЫ СЕСТРИНСКОГО НАБЛЮДЕНИЯ И УХОДА
ЗА ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ ВОЗРАСТА ОБРАТНОГО РАЗВИТИЯ

Проблемы пациента	Вид сестринских мероприятий
1	2
Нарушение мышления в виде страха, подозрительности	Создать условия, максимально обеспечивающие физический и душевный покой пациента; помогать больному избегать возможных опасностей извне и следить за тем, чтобы он не нанес вред другому; помогать пациенту поддерживать контакт с другими больными, выражать свои желания и чувства; предоставить больному возможность заниматься какой-либо деятельностью; организовать отдых и развлечения пациента; ежедневно выслушивать жалобы больного на его волнения и страхи, отвлекая его разговором на посторонние темы
Нарушение распорядка дня, чередования сна и отдыха	Обеспечить пациенту отход ко сну в определенное время (22.00); отвлекать больного от желания спать в течение дня (это способствует ночному сну); обеспечить двигательную активность пациента в течение дня. Ввести комплекс лечебной гимнастики с учетом стадии заболевания и соматического состояния больного; соблюдать тихий час с 14.00 до 16.00; организовать досуг больного: просмотр телепередач, чтение художественной литературы, творчество; организовать ежедневные прогулки на свежем воздухе от 30 мин до 2 ч; ежедневно беседовать с пациентом в течение 10–15 мин о правильном здоровом образе жизни
Нарушение формулы сна	Наблюдать за сном пациента, оценивать нарушение сна; отвлекать больного от сна в течение дня (это способствует ночному сну); убедиться в том, что все продукты и напитки, содержащие кофеин, исключены из рациона больного, в том числе чай, кофе, кола (кофеин является стимулятором центральной нервной системы и может нарушать сон); предпринимать меры, помогающие пациенту уснуть: массаж спины, теплая ванна, теплые нестимулирующие напитки (молоко), тихая музыка, релаксирующие упражнения (эти меры усиливают расслабление и способствуют сну); установить определенный час отхода ко сну и не допускать нарушения этого времени (человек реагирует на привычный цикл отдыха и бодрствования и адаптируется к нему); убедить больного, что если ему что-нибудь понадобится, он получит неотложную помощь (присутствие человека, вызывающего доверие, снижает у пациента уровень тревоги); по назначению врача давать пациенту снотворные средства
Беспокойство по поводу поступления в новое отделение	Быть внимательным, ежедневно обсуждать страхи и волнения пациента в течение 10–15 мин; создать максимально благополучное пребывание больного в отделении, условия, приближенные к домашним; поощрять вопросы пациента по поводу заболевания, срока пребывания в отделении; предоставить достаточную информацию о заболевании и реабилитации; организовать отдых пациента, установив с ним психологический контакт, обучать больного разгрузочным позам
Невозможность сконцентрировать внимание и дать адекватный ответ на простые вопросы	Быть тактичным, избегать приказного тона в разговоре с пациентом; говорить ясно и четко; применять в разговоре как можно больше простых фраз; быть ориентированным на место и время пребывания пациента; определить обязательные процедуры; следить за симптомами повышенного беспокойства; определить границы дозволенности в поведении пациента
Агрессивная настроенность (нападение, ссора, крик, визг, ругань)	Давать указания четко и спокойно. Не следует кричать на больного; оценить существующий риск насилия по отношению к другим лицам; не допускать импульсивных действий, для чего обсуждать возможные альтернативы агрессивному поведению; поощрять пациента открыто обсуждать свои чувства без страха и боязни наказания; отвлечь больного от мрачных мыслей; перевести разговор на другую тему; обеспечить пациента достаточным количеством сна и отдыха
Неспособность заботиться о себе	Установить факторы, которые влияют на невозможность самообслуживания: побочные эффекты лекарственных средств, неспособность следовать плану лечения или отказ от него, нелогичные мышление, поведение; использовать членов семьи для сбора информации и вовлечения в план лечения; поощрять любой прогресс в лечении; демонстрировать примеры в поведении; обучать навыкам самообслуживания; обеспечить интимность во время самообслуживания для сохранения чувства собственного достоинства (если не требуется постоянного наблюдения)
Социально недостойное поведение	Вовлекать больных в общение с пациентом; отвлечь больного при недостойном поведении; обеспечить интимность при сохранности чувства стыда и неловкости у пациента; предъявлять четкие требования к больному, употреблять простые выражения, чтобы уменьшить дезориентацию, улучшить понимание; поощрять пациента, если его поведение правильное; обеспечить досуг пациента; не замечать грубых, оскорбительных высказываний пациента; обеспечить благоприятную окружающую обстановку
Неадекватное дурашливое поведение	Не замечать грубых, плоских высказываний пациента; отвлекать больного от неправильного поведения; не фиксировать внимание на неправильном поведении пациента. Говорить, что его поведение недопустимо, учить правильному поведению, поощрять за успехи, вовлекать в прогулки; изолировать пациента из среды, если он оскорбительно высказывается; по назначению врача применить медикаментозную терапию

1	2
Нарушенная самооценка в виде сниженного фона настроения	Установить с пациентом психологический контакт; проявлять интерес к больному как к личности; выделить для разговора с пациентом достаточное количество времени, чтобы он смог выразить свои чувства; поощрять пациента открыто говорить с медицинской сестрой о своих переживаниях; в беседе с больным акцентировать внимание на его сильных сторонах и положительных качествах; давать пациенту задания, которые он способен выполнить; выявить приоритетные ценности пациента и использовать именно их; вести мониторинг эмоционально-волевой сферы, фиксируя в дневнике наблюдений характер высказываний и эмоциональный фон больного; организовать отдых пациента: вовлекать в игры, художественное творчество совместно с другими больными
Риск травмы, обусловленный слабостью пациента	Вести усиленное наблюдение за беспомощными, дементными больными; контролировать артериальное давление пациента; при необходимости давать пошаговые инструкции; сопровождать пациента в ванную, в туалет; напоминать больному, где его палата, койка; оградить пациента от контакта с конфликтными, агрессивными больными; в случае падения больного измерить ему артериальное давление и сообщить врачу
Риск одиночества	Установить с пациентом психологический контакт; представить пациента соседям по палате; принимать пациента таким как есть; поощрять высказывания пациента о его настроении; демонстрировать пациенту, что вам интересны его рассказы о себе; вовлекать пациента в деятельность, если позволяет его состояние; размещать пациентов в палате с учетом их возрастных, социокультурных и коммуникативных факторов и заболеваний; создать максимально благополучное пребывание пациента в отделении, условия, приближенные к домашним; организовать отдых пациента: вовлекать в игры, творчество совместно с другими пациентами
Дефицит желания следить за собой	Установить с пациентом психологический контакт; принимать во внимание ограниченные возможности пациента; говорить больному, чего от него ждут; поощрять желание пациента следить за собой; ежедневно напоминать больному о необходимости следить за собой; если пациент отказывается следить за собой, необходимо попросить его вновь; давать указания четко и спокойно
Дефицит заботы о своем питании	Установить с пациентом психологический контакт; принимать во внимание ограниченные возможности пациента; поощрять больного заботиться о своем питании; при необходимости кормить пациента в палате с ложки; если у пациента нет желания принимать пищу, его необходимо об этом попросить, учитывая особенности характера и специфику заболевания; при отсутствии аппетита необходимо разнообразить меню, учитывая вкусы пациента, кормить малыми порциями 5–6 раз в день в подогретом виде, обеспечить с разрешения врача прогулки на свежем воздухе, занятия физкультурой за 30–40 мин до еды
Нарушение функции самостоятельного пользования туалетом	Обеспечить больному психологическую поддержку; сопровождать пациента в туалет; поощрять больного самостоятельно пользоваться туалетом; обеспечить соблюдение личной гигиены пациента; после непроизвольного акта дефекации сменить нательное и постельное белье, подмыть больного; часто проветривать палату, в которой находится пациент; использовать подкладное резиновое судно или специальную 3-секционную кровать
Снижение памяти, проявляющееся трудностью воспроизведения настоящих и прошлых событий	Вести усиленное наблюдение за пациентом; при необходимости давать пошаговые инструкции и сопровождать в ванную, в туалет; периодически напоминать больному, где его палата, койка; оградить пациента от контакта с агрессивными больными; тренировать память пациента, регулярно демонстрируя ему предметы обихода и выделяя отличительные черты, например: «Ваша койка находится около окна» или «Ваша палата находится около сестринского поста»; вести мониторинг процессов памяти, используя простые психологические методики. Например, попросить запомнить 10 слов и затем воспроизвести их сразу и на следующий день для оценки краткосрочной и долгосрочной памяти; ежедневно просить пациента назвать дату и его местонахождение; поощрять пациента при прогрессе в лечении; поддерживать контакт пациента с реальностью, используя сенсорные и физические стимулы, а также вводя в курс ежедневных новостей
Пониженная физическая активность	Установить с пациентом психологический контакт; делать упор на сильные стороны и положительные качества пациента; вести мониторинг эмоционально-волевой сферы; вовлекать больного в игры, художественное творчество совместно с другими пациентами; привлекать больного к работе по благоустройству отделения; обеспечить пациента высококалорийным питанием и витаминизированным питьем; поддерживать контакт пациента с реальностью, используя различные физические и сенсорные стимулы и вводя в курс ежедневных новостей; тренировать память больного, используя простые психологические методики
Неэффективная адаптация к уходу за инвалидом в семье	Установить с пациентом и членами семьи психологический контакт; обучить больного уходу за собой; провести совместно с членами семьи анализ возможностей пациента обслуживать себя; обучить членов семьи принципам ухода; продемонстрировать членам семьи необходимые предметы ухода и объяснить правила пользования ими; ознакомить членов семьи с литературой по организации ухода на дому; после завершения обучения обсудить с членами семьи все ключевые вопросы ухода; поощрять пациента и членов семьи задавать вопросы по уходу
Социальная изоляция	Установить с пациентом психологический контакт; чаще быть с пациентом; выслушивать рассказы больного о себе, проявляя интерес; вовлекать пациента в трудотерапию, если позволяет его состояние; давать пациенту задания, которые он способен выполнить; развивать у пациента чувство принадлежности к социальной группе; размещать пациентов в палате с учетом их возрастных, социокультурных и коммуникативных факторов; создать пациенту условия, приближенные к домашним; организовать отдых пациента: вовлекать в игры, творчество совместно с другими больными

ЛИТЕРАТУРА

1. Букатина Е.Е., Григорьева И.В., Смирнов О.Р. Шкала оценки психического состояния дементных больных пожилого возраста. Социальная и клиническая психиатрия 1992; 4: 29-37.
2. Голенков А.В., Козлов А.Б., Аверин А.В., Ронжина Л.Г., Шувалина М.А. Первый опыт применения сестринского процесса в психиатрической практике. Медицинская сестра. 2003; 1: 6-9.
3. Голенков А.В., Козлов А.Б., Аверин А.В. Организация сестринского процесса в психиатрической больнице. Сестринское дело. 2004; 3: 26-27.
4. Риттер С. Руководство по сестринской работе в психиатрической клинике: Принципы и методики. Киев: Сфера, 1997. 400.
5. Шувалина М.А., Аверин А.В., Козлов А.Б., Голенков А.В. Оказание геронтопсихиатрической помощи в отделении сестринского ухода. Современные тенденции организации психиатрической помощи: Клинические и социальные аспекты: Мат. Рос. конф. М.; 2004. 22.

Поступила 20.06.2005

УДК 614.253.52⇒614.08

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ИХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ ОСОБЕННОСТЕЙ

Л.Ф. Ведмеденко, И.Е. Сокорева

Московская медицинская академия им И.М. Сеченова

Ключевые слова: медицинская помощь, женщины, пожилой возраст, психоэмоциональные особенности

Key words: medical help, women, aged, psychoemotional peculiarities

XX в. ознаменовался не только революционными открытиями в науке, технике, преобразованиями в обществе, но и ростом средней продолжительности жизни человека.

Если в 1988 г. в мире было 488 млн людей старше 60 лет, то в 2000 г. – 612 млн. Приблизительно каждый 10–12-й житель планеты – пожилой (от 60 до 74 лет) или старый (от 75 до 89 лет) человек.

Такие изменения структуры населения выдвигают перед обществом, государством, органами здравоохранения и социального обеспечения ряд серьезных практических задач.

Среди них наиболее важным и трудным остаётся продление активной жизни с минимальными потерями от дисфункциональных расстройств, присущих пожилому возрасту, и совершенство-

вание качества медицинской помощи пациентам пожилого возраста. Для реализации комплексного подхода к человеку и разработки путей и способов возвращения пациенту здоровья медицинскому работнику необходимо быть не только профессионалом в своём деле, но и хорошим психологом, чутким, внимательным, добрым человеком. Знание индивидуальных психологических особенностей личности пациента позволит более эффективно общаться с ним и помогать ему в преодолении болезни. Особенности клинического течения заболеваний и их лечения у пожилых пациентов очень важны для обеспечения качественной помощи в лечебно-профилактических учреждениях и внебольничных условиях.

«Часто не столько важно знать, какая болезнь у человека, сколько хорошо понимать, у какой

личности развивается болезнь.» [Харди И., 1983].

Психика человека находится в состоянии постоянного развития. Развитие человека связано как с наследственными факторами, так и с социальными, а также с активностью самой личности.

Каждый возраст представляет собой качественно особый этап психического развития и характеризуется множеством изменений, составляющих совокупность структуры личности человека на данном этапе его развития. Особенности возраста могут определяться многими условиями:

- системой требований, которые предъявляются человеку на данном этапе его жизни;
- отношениями с окружающими;
- знаниями и умениями, которыми он владеет;
- паспортным возрастом (возраст по паспорту). Однако очень часто паспортный возраст может не совпадать с психологическим и физиологическим возрастом данного пациента, что требует коррекции в отнесении его к той или иной возрастной группе.

Кроме того, нередко тяжелое заболевание и физически и психически старят пациента (иногда за очень короткий срок), и тогда пациент не готов к осознанию своего возраста и своих возможностей на этом качественно новом этапе жизни, особенно в связи с возникающими ограничениями (например, физической нагрузкой, ранее легко переносимой, а теперь ставшей чрезмерной, и т. д.). Переход от одной возрастной ступени к другой происходит при изменении условий, определяющих специфику возраста. Психическое развитие происходит в деятельности через разрешение возникших на определенном этапе развития противоречий. Движущей силой психического развития является активность личности.

Женщины боятся старости больше мужчин. И дело не только в климаксе и утрате детородной функции. Женщины зачастую обнаруживают, что сложившиеся в обществе стереотипы осложняют их жизнь. Поэтому они чаще мужчин теряют душевное равновесие. Во-первых, женщин и по сей день оценивают в первую очередь по их внешним данным. И особенно досадно для стареющих женщин стремление мужчин выбирать себе в партнерши женщин помоложе. Во-вторых, брак и воспитание детей по-преж-

нему служат для женщин основным свидетельством их личной состоятельности, поэтому они сталкиваются с более серьезными психологическими трудностями, чем мужчины. А те, кто оставил работу ради ухода за детьми, в зрелом возрасте часто оказываются в определенной финансовой зависимости от своих близких.

Для женщин, не имеющих детей, — пусть даже и по собственному желанию, наступление зрелых лет особенно ясно означает, что теперь уже ничего изменить нельзя.

Причем это понимают не только они сами, но и все окружающие.

Зрелые женщины также могут компенсировать свой возраст достижением благополучия и высокого общественного положения. Впрочем, даже те, кому удается достичь подобных благ, зачастую обнаруживают, что от них мало толку: поскольку если их ровесников-мужчин успех делает более привлекательными в общественном и сексуальном смысле, то женщина в аналогичном положении производит скорее неблагоприятное впечатление.

И, наконец, женская перспектива более мрачна: большинству из них придется провести последние годы жизни в одиночестве, поскольку мужья обычно бывают старше и умирают раньше. Вот почему одиноких старых женщин раза в 4 больше, чем одиноких стариков.

Продолжительность жизни определяется как бы «коллекцией» социально-экономических и политических факторов. Средняя продолжительность жизни в России, по данным 2002 г., составляла для мужчин 59 лет, для женщин 72 года, во всем мире — для мужчин 64 года, для женщин 68 лет. В Европе (без России) этот показатель составлял для мужчин 70 лет, для женщин 77 лет. Продолжительность жизни россиян меньше таковой европейской, но выше мировой, у российских мужчин этот показатель ниже и европейского, и мирового.

Пол человека оказывает влияние на субъективное отношение к болезни и формирование типа реагирования на заболевание.

К особенностям, имеющим определенные корреляции с полом человека, можно отнести такие, как лучшая переносимость женщинами болевого ощущения, состояний длительного ограничения движений, обездвиженности.

Физическая болезнь или увечье часто меняют субъективную ценность различных частей тела.

На самооценку человека и его ценностные представления о различных частях собственного тела могут оказывать психотравмирующие факторы при возникновении какого-либо дефекта в человеческом теле.

Женщины оценивают важность тела выше, чем мужчины. Женщины 65–70 лет оценили значимость языка, поставив его на первое место.

При психологических исследованиях отмечено, что ценность телесных качеств может изменяться под влиянием общественных процессов. Например, у японских женщин во время Второй мировой войны в образе тела полностью обесценилась грудь, при этом идеальной считалась плоская грудная клетка. А после окончания войны под влиянием западной культуры образ тела человека совсем изменился: женщины стремились иметь грудь в соответствии с «голливудским стандартом».

Наибольшее число людей правильно оценивают заболевание, выполняют назначения врача и соблюдают режим. Многие психологи считают, что адекватность реакции на болезнь зависит от степени зрелости личности и интеллектуальных ее возможностей.

Так, например, у инфантильных незрелых личностей с чертами детскости часто наблюдается вытеснение или отрицание болезни или, наоборот, «уход в болезнь».

У людей астенических, тревожно-мнительных часто не очень серьезное заболевание вызывает чувство большей тревоги. Заболевание вызывает и беспокойство с последующим депрессивно-ипохондрическим стойким расстройством.

Реакция личности на болезнь зависит от возраста больного. На одну и ту же болезнь с одинаковым исходом у пациентов разная реакция. У молодых болезнь ведет к нарушению планов на будущее. У больных среднего возраста — препятствует выполнению замыслов. Пожилыми болезнь воспринимается как неизбежный конец.

Психологические особенности женщин пожилого возраста весьма неоднозначны и разнообразны. Многие становятся более снисходительными, терпимыми, у них возрастает интерес к философскому размышлению. Однако есть и категория женщин, которые очень ревниво относятся к молодежи (например, к жене сына или более молодой родственнице). Становятся придирчивыми, стараются обратить на себя внимание, «симулируя» острый приступ болезни.

Нами проводилось исследование среди женщин пожилого возраста (55–70 лет), находящихся в стационаре планового лечения с целью установить зависимость психоэмоциональных особенностей и возраста. Испытуемые прибывали в стационар на плановое лечение с целью профилактики обострения хронических заболеваний или для лечения при возникновении их рецидивов.

Испытуемые женщины были разделены на 3 группы. Исследование проводилось в разных отделениях терапевтического профиля. В результате наших исследований оказалось, что интенсивность эмоционально окрашенных жалоб по поводу физического самочувствия и уровень самочувствия, активности и настроения у пожилых женщин зависят от возраста.

Нам хотелось бы подчеркнуть, что полученную зависимость не следует распространять на все категории пожилых женщин. Возможно, установленная зависимость характерна только для женщин, находящихся в стационаре.

Это требует дальнейшего изучения, так как, по данным нашего наблюдения, подобная зависимость может не распространяться на женщин, не находящихся в стационаре. И, возможно, даже будет обратной.

Предположительно мы связываем это с тем, что женщины в стационаре не имеют достаточной возможности почувствовать себя нужными, реализовать свои возможности в работе и разнообразном общении и т. д.

Подтверждением этому может служить беседа с пациенткой М., 60 лет, гастроэнтерологического отделения.

Пациентка находится в стационаре по поводу обострения хронического заболевания. Диагноз: язва желудка и двенадцатиперстной кишки.

Палата на 2 человек. Соседка по палате плохо слышит и все путает (ей 82 года).

У пациентки М. мало знакомых, ее редко посещают. Семьи нет. Не работает. По натуре она человек малообщительный, в стационаре чувствует себя одинокой, покинутой, жалуется на плохое настроение. Очень скучает по своей квартире, кошке, цветам и «родным стенам». С другими пациентами отделения не общается.

В свободное от манипуляций время читает художественную литературу (бульварные романы о любви). Вечером смотрит сериалы.

Жалуется на плохой сон, неудобную постель, присутствие чужого человека. Отношением к ней медицинского персонала довольна. Проводимое лечение дает положительные результаты. О болезни говорит охотно, описывает симптомы подробно, красочно. Выполняет все назначения врача, чтобы поскорее выписаться домой.

Таким образом, можно сказать, что у пациентки в данной ситуации возраст начинает играть значимую роль в психоэмоциональном аспекте. Эта зависимость очевидна, даже несмотря на то, что условия в данном стационаре приближены к домашним (в сравнении с другими лечебно-профилактическими учреждениями), это не уменьшает «стационарности».

Все исследуемые охотно рассказывали о себе, своей семье, о перенесенных ранее заболеваниях

ях. И каждая из женщин говорила, что, когда она была моложе, восприятие окружающего мира было другим.

Исследование еще раз свидетельствует, что процесс оказания медицинской помощи конкретен для каждого пациента, а индивидуальные особенности человека беспредельны. При отсутствии системы оценки качества медицинской помощи возрастает степень риска как для пациента, так и для медицинского работника. Поэтому в каждом лечебно-профилактическом учреждении должен быть перечень всех показателей качества медицинской помощи: адекватности, доступности, преемственности и др.

Поступила 01.12.2004

УДК 612.67⇒612.013.1

ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ, ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В РЕСПУБЛИКЕ ХАКАССИЯ

В.В. Баев

*Хакасский Государственный Университет им. Н.Ф. Катанова,
г. Абакан, Республика Хакассия*

Ключевые слова: демографические показатели, заболеваемость и смертность
Key words: death cases, morbidity, Republic of Khakassia

Частота сердечно-сосудистой патологии нарастает с возрастом, становясь доминирующей причиной заболеваемости, инвалидности и смертности в старших возрастных группах. Для более детального изучения качества оказания кардиологической помощи в г. Абакан (Республика Хакассия) в рамках клинико-экономического исследования применения тромболиза и оценки «типичной практики» при лечении ост-

рого инфаркта миокарда проведена оценка основных демографических показателей, а также данных по заболеваемости в этом регионе.

Основные демографические показатели г. Абакана Республики Хакассии представлены в табл. 1.

Как видно из таблицы, демографические показатели характеризуются тенденцией к сокращению численности населения, превышением

Таблица 1

Основные демографические показатели г. Абакана

Показатели	Годы			
	2002	2003	2004	2005
Численность населения	167 790	167 040	167 040	167200
Рождаемость (на 1000)	11,9	11,6	11,8	11,5
Смертность (на 1000)	14,8	15,3	14,1	14,9
Естественный прирост	-2,9	-3,7	-2,3	-3,4

смертности над рождаемостью, т. е. отрицательным показателем естественного прироста. Основная часть умерших – больные пожилого и старческого возраста. Так, в 2001 г. доля пациентов старше 65 лет среди умерших составляла 65%, в 2002 г. – 65%, в 2003 г. – 67%, в 2004 г. – 68%, а в 2005 г. достигла 70%.

Среди причин смерти жителей первое место занимают болезни органов кровообращения, причем и здесь со значительным отрывом лидируют пожилые. На втором месте, со значительным отставанием, идут травмы, отравления, несчастные случаи. Третье место занимают злокачественные новообразования, но в 2005 г. новообразования вышли на второе место. Четвертое – заболевания органов дыхания, пятое – заболевания органов пищеварения. Следует отметить, что показатель смертности женщин от болезней системы кровообращения превышает таковой в мужской популяции (табл. 2).

Структура смертности в г. Абакане соотносится с показателями по республике в целом (табл. 3).

В структуре заболеваемости взрослого населения в Республике Хакасия преобладают заболевания органов дыхания. Второе место зани-

Таблица 2

Структура смертности населения Республики Хакассия за 2001–2005 гг.

Причины смертности		2001		2002		2003		2004		2005	
		Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
I	Болезни системы кровообращения:	909	39,4	1087	44,6	1121	44	1224	48	1323	52
	женщины	534	58,7	661	60,8	627	56	701	57	719	53
	мужчины	375	41,3	426	39,2	494	44	523	43	604	47
II	Травмы, отравления:	345	15	464	19	413	16	406	13	305	12
	женщины	77	22,3	82	17,7	99	24	98	23	73	24
	мужчины	268	77,7	382	82,3	314	76	312	77	232	76
III	Новообразования:	293	12,7	287	11,7	314	12	408	13	381	15
	женщины	147	50,2	137	47,7	138	44	178	44	163	43
	мужчины	146	49,8	150	52,3	176	56	230	56	218	57
IV	Болезни органов дыхания:	141	6,1	133	5,5	174	6,8	182	6	166	6,5
	женщины	37	26,3	43	32,3	42	24	46	25	43	26
	мужчины	104	73,7	90	67,7	132	76	136	75	123	74
V	Болезни органов пищеварения:	78	3,4	68	2,8	82	3,2	92	3	89	3,5
	женщины	37	47,4	28	41,2	38	46	39	42	32	44
	мужчины	41	52,6	40	58,8	44	54	52	58	57	56

Таблица 3

Структура смертности населения г. Абакана, %

Причины смертности	Годы			
	2002	2003	2004	2005
Болезни системы кровообращения	43,7	42,6	46,2	45,4
Травмы, несчастные случаи, отравления	18,7	18,2	18,4	18,5
Новообразования злокачественные	11,6	11,2	11,4	11,4
Болезни органов дыхания	5,4	5,2	5,2	5,3
Болезни органов пищеварения	2,7	2,7	2,5	2,6

Таблица 4
Структура заболеваемости взрослого населения
Республики Хакассия (%)

Причины	Годы			
	2002	2003	2004	2005
Болезни органов дыхания	16,7	14,8	15,6	13,8
Болезни системы кровообращения	14,5	14,5	14,6	18,0
Травмы, несчастные случаи, отравления	9,7	11,8	10,7	10,1
Болезни костно-мышечной системы	10,8	9,6	10,1	11,4
Болезни нервной системы и органов чувств	6,0	5,9	5,2	3,6
Прочие	42,3	43,4	44,8	44,1

мают болезни системы кровообращения. При этом подобная тенденция сохранялась в течение ряда лет (табл. 4), в 2005 г. болезни системы кровообращения вышли на первое место.

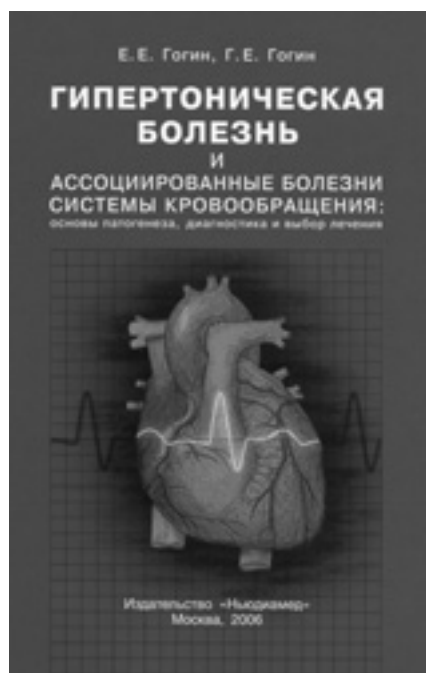
В целом ситуация с заболеваемостью и смертностью от болезней системы кровообраще-

ния в Республике Хакассия не отличается от общероссийской тенденции: высокий уровень смертности (1-е место в общей структуре смертности) и заболеваемости (2-е, а в 2005 г. — 1-е место в структуре заболеваемости взрослого населения). Подобные неблагоприятные тенденции с сердечно-сосудистой патологией определяют необходимость поиска путей выхода из сложившейся ситуации, включая своевременную, адекватную, эффективную и экономически приемлемую фармакотерапию, особенно у пациентов старшей возрастной категории.

ЛИТЕРАТУРА

1. Отчет Министерства здравоохранения Республики Хакассия за 2001-2005 гг.
2. Отчет Муниципального учреждения здравоохранения г. Абакана за 2001-2005 гг.

Поступила 05.03.2006



ВНИМАНИЕ!!! НОВИНКА!!!

В издательстве НЬЮДИАМЕД
вышла книга авторов
Е.Е. Гогина, Г.Е. Гогина

"Гипертоническая болезнь и ассоциированные болезни системы кровообращения: основы патогенеза, диагностика, выбор лечения"

В книге на основе многолетнего клинического опыта рассмотрены особенности течения гипертонической болезни — «эссенциальной» гипертонии, вариабельной и изменчивой, но нозологически единой и патогенетически обособленной, освещен вклад отечественных терапевтических школ в изучение гипертонической болезни, проанализированы мировые достижения в разработке стандартов диагностики и лечения, успехи популяционной стратегии, обеспечившей ограничение пандемии артериальной гипертонии, развитие активных методов

помощи при сопутствующей ей ишемической болезни и снижение смертности от сердечно-сосудистых заболеваний в социально стабильных странах. Рассмотрены возможности эхокардиографии в объективизации изменений сердца и задачи раннего установления симптоматических (монопатогенетических) гипертоний. Большое место в книге отведено лечению гипертонической болезни — стандартному гипотензивному и индивидуально оптимизированному в соответствии со стадией и проявлениями болезни, сочетающему базисную патогенетическую терапию с курсовой симптоматической, которые обеспечивают вторичную профилактику осложнений.

Книга предназначена терапевтам, кардиологам, студентам и преподавателям медицинских вузов и биологических факультетов университетов.

УДК 612.67

ХРОНОЛОГИЯ ФРАНЦУЗСКОЙ ГУМАНИТАРНОЙ АССОЦИАЦИИ ОЗЕ

Г.Л. Некрич

Медико-социальный центр ОЗЕ, Париж, Франция

*Ключевые слова: общество здравоохранения евреев
Key words: The jewigh healthcare society*

Французская гуманитарная ассоциация ОЗЕ, известная своей медико-социальной деятельностью во многих странах мира, родилась в России. Думается, что в современном мире осталось не так много медицинских учреждений, неизменно хранящих гуманные принципы российской медицины, которые были положены в основу этого добровольного сообщества 90 лет назад. Эти принципы ОЗЕ пронесла с неизменным достоинством через самые трагические события XX в., являясь непосредственным их участником.

Долгие годы благотворительная деятельность ОЗЕ была незаслуженно забыта в России. За эти годы насильственно прерванной профессиональной связи с Россией, но богатой событиями в других частях мира, затушевались в памяти настоящего поколения и место рождения, и добрые дела в России, и имена основателей — передовых российских врачей начала XX в.

Русскоязычным любителям истории медицины предлагается краткая хронология 90-летней международной благотворительной деятельности, рожденной в России.

Российский период 1910-й–1931-й годы

28 октября 1910 г. в Санкт-Петербурге состоялась первая ассамблея «Общества здравоохранения евреев» — ОЗЕ.

Целью вновь созданного общества было санитарное просвещение и охрана здоровья наиболее беднейшей части еврейского населения Рос-

сии, в своем большинстве проживающего в так называемой черте оседлости в западных областях царской империи.

Правовые ограничения и, как следствие, бедность, жилищная скученность, антисанитария, отсутствие доступного образования (кроме обязательного ортодоксального религиозного) и медицинского обслуживания характеризовали тогдашнюю 5-миллионную еврейскую общину России.

Уровень гигиенических знаний был очень низким, туберкулез и психические заболевания имели самое широкое распространение.

Это положение побуждало к конструктивным действиям количественно ограниченную, но очень активную еврейскую интеллектуальную элиту — врачей, юристов, инженеров, промышленников, имеющих право на проживание и профессиональную деятельность в столичных городах.

Большинство из них были хорошо интегрированы в передовое российское общество, принимали активное участие в прогрессивной общественной жизни России того времени, горячо поддерживали идеи общественно-политического преобразования, в том числе правовую и культурную ассимиляцию еврейского населения.

В основу идеологии создаваемой системы охраны здоровья основатели ОЗЕ положили передовые идеи российской земской медицины, дополненные традиционной моралью иудаизма (забота о бедных, обязательная сеть благотворительных учреждений в любой общине).

Следует отметить, что с первых дней существования ОЗЕ и по сей день его моральный кодекс базируется на отсутствии религиозных или этнических ограничений для опекаемых и для благотворителей.

Доступная помощь для всех, кто в ней нуждается, профессиональное партнерство со всеми единомышленниками!

В 1912 г. первый конгресс ОЗЕ объявил о начале деятельности по санитарному просвещению и охране здоровья наиболее бедных семей.

Комитет общества был расположен рядом с Владимирской площадью по улице Колокольная, 9 в Санкт-Петербурге. В него вошли врачи, юристы, меценаты, имена которых были хорошо известны в России благодаря их профессиональной, общественной, преподавательской, литературной деятельности — доктора М.С. Шварцман, С.А. Кауфман, известный гигиенист и эпидемиолог, один из создателей химико-бактериологического и санитарного институтов в Санкт-Петербурге, профессор Московского и Казанского университетов М.М. Гран, ученик и сотрудник Р. Вирхова — врач, лингвист, философ-богослов Л.И. Каценельсон, известный офтальмолог Н.Р. Ботвинник, М.Л. Крепс, А.М. Брамсон, юристы Г.А. Гольдберг и Л. Гурвич, меценаты Н.С. Гермонт и Д.Г. Гинцбург и другие.

Устав ОЗЕ предполагал всеми средствами содействовать охране здоровья населения, одновременно улучшая условия жизни и постановку оказания медицинской помощи, изучать санитарно-гигиенические условия населения и возможности их улучшения, распространять необходимые гигиенические знания, способствовать научной постановке врачебного дела.

Отделения ОЗЕ были открыты в Одессе, Киеве, Вильно, Витебске, Бердичеве, Варшаве и в окружающих их маленьких городах и местечках.

Свою деятельность ОЗЕ начало с распространения сотен тысяч брошюр по основным проблемам гигиены, с лекций и бесед в маленьких городах и местечках. Одновременно собиралась статистика о состоянии здоровья и медицинской помощи. Местные медики получали самую современную профессиональную информацию, адаптировали ее к локальным нуждам и организовывали «площадки охраны здоровья» — предшественники нынешних диспансеров и медико-социальных центров. Организовывались медицинские профилактории, дома отдыха, противотуберкулезные диспансеры, детские

лечебные колонии в Алуште, Евпатории, Одессе, Друскенниках, предназначенные для самых бедных пациентов.

Треть расходов общества покрывало российское правительство, остальные — благотворители. Во многих, даже очень бедных еврейских семьях по всей России стояли «копилки», куда складывались мелкие деньги для поддержки ОЗЕ.

Первая мировая война поставила новые, первоочередные в то время, задачи перед ОЗЕ. Под покровительством Земского Союза, Красного Креста и прогрессивных депутатов Государственной Думы были организованы добровольные санитарные посты в армии для раненых солдат, инвалидов и «летучие отряды» в прифронтной полосе для помощи мирному населению — сотням тысяч беженцев из Польши, стран Балтии и Белоруссии. Оборудовались полевые кухни, добровольцы ОЗЕ работали в военных лазаретах, открывались дома для инвалидов, лечебницы, детские консультации «капля молока» для матери и ребенка, где беременные женщины, маленькие дети получали бесплатное молоко, питание и необходимые медикаменты. В 1914—1917 гг. на эти нужды было истрчено около 3 млн рублей. Было открыто около 20 больниц и лазаретов, 90 амбулаторий, около 100 детских консультаций, 60 диспансеров, 40 центров питания, 13 домов отдыха и множество кухонь для гражданского населения, несколько противотуберкулезных санаториев.

В 1917 г. ОЗЕ в полном расцвете его благотворительной деятельности обслуживало десятки тысяч детей. Оно насчитывало 700 квалифицированных врачей, социальных и медицинских сестер и педагогов в нескольких десятках городов и местечек. Годичный бюджет в это время составлял 1 млн американских долларов, поступавших частично из-за границы от Джойнт (35%), от государственных субсидий (35%), остальное от добровольных пожертвований внутри России, что свидетельствовало о большой популярности этого общества.

Объем проводимой работы и ее интенсивность постоянно нарастали во время гражданской войны в России с ее страшными последствиями для мирного населения — массовым насилием, голодом, разрухой, детской беспризорностью. Представители ОЗЕ работали на огромной территории, их авторитет, беспартийная гуманитарная идеология и партнерство с международными организациями (Международ-

ный Красный Крест, Нансеновский Комитет помощи голодающим, Французский комитет помощи жертвам войны, Джойнт) позволял им осуществлять медицинские и социальные акции при разных региональных временных правительствах.

Эта беспартийная благотворительность ОЗЕ, а также социальная «неблагонадежность» и привычное общественное свободомыслие ее основателей вызвали конфликт с советской властью и форсированное перемещение ОЗЕ за границу в 1922 г. По пути следования были организованы филиалы в новообразованных независимых странах Балтии, Польше, румынской Бессарабии.

1923 г. Первый конгресс ОЗЕ в Берлине. Создание международного Союза ОЗЕ с главным центром в Берлине. Почетный президент международного Союза ОЗЕ — Альберт Эйнштейн. Совет директоров возглавлял адвокат Лазарь Гурвич — генеральный секретарь ОЗЕ с 1917 г.

Главной задачей берлинского Союза ОЗЕ, состоявшего на 90% из российских эмигрантов, остается гуманитарная помощь России, где сохранялись разруха, голод и детская беспризорность. Советская власть охотно принимала тогда помощь из-за границы, но от прямой помощи изгнанного ОЗЕ отказывалась. ОЗЕ решает действовать под прикрытием других международных организаций — Нансеновского Комитета, «Интернационального Союза Помощи Детям», Джойнта.

ОЗЕ, хорошо знакомое с нуждами местного населения, работало в составе медико-социальных комиссий этих организаций. В 1922—1924 гг. на Украине функционировали 3 поликлиники для взрослых, 2 поликлиники для детей, 10 врачебных кабинетов, 9 небольших госпиталей, 7 «летучих санитарных отрядов, 4 подвижные дезинфекционные камеры, 15 яслей для грудных младенцев и 6 летних колоний, две из них для туберкулезных детей. Была оказана медицинская помощь 80 тыс. больных.

В это время Советское правительство в рамках национальной интеграционной политики начинает создавать еврейские сельскохозяйственные колонии на Украине и в Крыму.

Для материальных инвестиций и внедрения передовых агротехнических технологий (в том числе эксплуатации американской автотракторной техники) были приглашены специалисты, оплачиваемые и патронируемые международным благотворительным распределительным комитетом Джойнт. Медико-санитарное обеспечение

местного населения было включено в комплексную программу модернизации сельских общин.

Опыт бывших российских организаций, таких, как ОРТ (общество профессиональной ориентации и трудоустройства, созданное в 1882 г. в Санкт-Петербурге, — в настоящее время одна из наиболее известных международных организаций по трудовой ориентации молодежи в области высоких технологий) и ОЗЕ, нашел большой спрос у специалистов Джойнт. Приглашенные специалисты — консультанты ОЗЕ в рамках медицинской комиссии Джойнта помогли налаживать медико-санитарное обеспечение и гигиеническое просвещение на территориях сельскохозяйственных колоний, по сути дела продолжая свою активность с прежним населением, используя прежние методики.

За время работы комиссии Джойнт — ОЗЕ было создано 166 медицинских учреждений — поликлиники, рентгеновские кабинеты, кабинеты физиотерапии, оснащенных современным оборудованием, стоившим сотни тысяч долларов, которое ОЗЕ закупило в Берлине.

В 1929 г. врачебными кабинетами ОЗЕ — Джойнт были зарегистрированы 333 000 визита и 2500 младенцев находились под постоянным наблюдением ОЗЕ. В 1931 г. специалисты ОЗЕ были выдворены окончательно, все их имущество и все учреждения были национализированы.

В то же время (1923—1933 гг.) ОЗЕ использовала свой российский опыт работы с беженцами и перемещенными лицами, огромное число которых скопилось в странах Центральной и Западной Европы после Первой мировой войны и российской революции. Идеология, мораль и профессиональные принципы остались прежними — политическая, этническая и религиозная нейтральность, благотворительная направленность, использование самых современных профессиональных лечебно-диагностических методик, социально-аналитическая направленность, санитарно-гигиеническая просветительская деятельность.

В 1923—1933 гг., в предвидении надвигающихся грозных политических событий, открываются филиалы ОЗЕ: в Лондоне по инициативе доктора Шварцмана, в Париже — под руководством доктора А. Безредко — профессора Пастеровского института, в Цюрихе и Женеве во главе с доктором Б. Членовым.

В Берлине в 1930 г. была проведена первая международная конференция Союза ОЗЕ.

В 1933 г. приход к власти в Германии нацистов положил конец административной деятельности ОЗЕ в Берлине. Администрация международного Союза ОЗЕ перемещается в Париж, где, продолжая работать с эмигрантами из Восточной Европы, начинает участвовать в приеме беженцев и медико-социальной помощи беженцам из Центральной Европы, поток которых увеличивался по мере оккупации этих стран фашистами.

1933–1935 годы. Начало медико-социальной деятельности во Франции с первоочередными задачами оказания помощи эмигрантам из Германии и Австрии. Открытие первого детского дома и дома отдыха для детей эмигрантов.

Начало активной деятельности по оказанию помощи детям с психологическим травматизмом вследствие экстремально тяжелых условий жизни. Наблюдение и активный медико-социальный патронаж, психологическая помощь, создание первого детского специализированного нейропсихиатрического центра в Париже.

1935–1938 годы. Деятельность по социальной и профессиональной интеграции немецких врачей, эмигрировавших во Францию. Поиск возможностей предоставить им работу в Африке и Южной Америке. Миссия в Абиссинию.

1938–1939 годы. Создание трех новых детских домов ОЗЕ и прием остальных детей-эмигрантов бароном Германом Ротшильдом в нескольких его дворцах, которые он впоследствии передал ОЗЕ.

Продолжение деятельности по созданию филиалов ОЗЕ по миру – в Южной Африке, Австралии, Индии.

1939–1940 годы. В преддверии и в первое время фашистской оккупации Франции создание детских домов в провинции в южной (неоккупированной) зоне Франции и эвакуация туда детей, находящихся под патронажем ОЗЕ из Парижа и крупных городов. Переезд администрации ОЗЕ в Виши, затем в Монпелье. Часть администрации ОЗЕ остается в Париже для медико-социальной деятельности в зоне оккупации под руководством докторов Е. Минковского и В. Кремер. Это позволяет эффективнее координировать все действия по эвакуации и размещению детей, а также оказывать посильную медико-социальную помощь остающимся в зоне оккупации, в том числе участникам французского Сопротивления. Часть врачей и социальных работников добровольно пошли работать во французские концентрационные лагеря, про-

должая оказывать посильную медико-социальную помощь своим подопечным. Они ищут любую легальную и нелегальную возможность освобождения и спасения детей, в том числе осуществляют подготовку и нелегальное сопровождение детей через швейцарский филиал ОЗЕ в США. Тем же путем, также нелегально, доставлялись деньги от международных гуманитарных организаций для продолжения профессиональной активности. Пригодились подготовленные заранее международные филиалы Союза ОЗЕ.

1941–1942 годы

Действия по освобождению детей до 12 лет из французских концентрационных лагерей; работа с французскими, швейцарскими и американскими гуманитарными организациями. Отправка первых партий детей в США через Португалию. Распределение освобожденных детей в новые детские дома ОЗЕ на юге Франции и в другие учреждения. Распределение сотен детей без родителей в новые семьи с фиктивными документами и под вымышленными именами с целью спасения их жизней. Всего за годы войны более 6 тыс. детей были спасены от неминуемой смерти. При этом ОЗЕ по возможности осуществляло активный (нелегальный) медицинский патронаж спасенных детей. Немало сотрудников и добровольцев ОЗЕ заплатили жизнью за свою благотворительную деятельность.

Деятельность ОЗЕ после войны. Сразу после войны возникла необходимость собрать, накормить, одеть, оказать первую неотложную медицинскую, социальную и психологическую помощь детям, пережившим ужас концлагерей и оккупации, потерявшим родителей, родных и близких. Одновременно стояла задача продолжить образование детей, прерванное войной, в том числе сохранить у них традиционную социальную и культурную самоидентификацию, которая была ослаблена трагическими событиями (потеря близких, концлагеря, воспитание в чужих семьях и закрытых учреждениях).

ОЗЕ создает десятки детских домов, приютов, домов отдыха и санаториев для сирот на всей территории Франции, сотрудничает с правительственными и неправительственными, религиозными и нерелигиозными организациями, ассоциациями и частными лицами, привлекая все возможные силы и средства для оказания помощи и гармоничного воспитания этих самых юных жертв европейской катастрофы.

Представители Лиги Наций обращаются к президенту Франции Шарлю де Голлю с просьбой взять под покровительство ОЗЕ несколько сотен детей, потерявших родителей, но оставшихся в живых в концентрационном лагере Бухенвальд. Эшелон с этими детьми сопровождали медики, психологи и социальные работники ОЗЕ.

Среди этих детей были будущие Нобелевский лауреат знаменитый писатель и философ Эли Визель, министр здравоохранения и социальной помощи Франции, первый президент Европарламента Симон Вейль, главный раввин Израиля Меир Лау.

Уже в начале 1945 г. 25 детских домов ОЗЕ функционировало, под их патронажем находилось 4500 детей-сирот. Одновременно ОЗЕ занимается розыском детей, потерявшихся во время войны, живущих зачастую в разных странах (только один пример, когда была воссоединена семья — ее выжившая часть, проживающая в Чикаго, Лодзи, Ташкенте, Хайфе), в чужих семьях, не помнящих по причине малолетства родителей и собственные данные при рождении имени и фамилии, измененные для конспирации и спасения жизни. По желанию семей, разбросанных по миру, ОЗЕ брало на себя заботу по отправке детей к родным и близким в разные страны мира.

Начиная с 1948 г. состав детских домов меняется — прибывают изгнанники из северной Африки, жертвы арабо-израильского конфликта и массового исхода еврейского населения из арабских стран. В связи с этим в 1949 г. прибавилось еще 12 детских домов для 550 детей.

Для профессиональной ориентации подростков и молодых людей ОЗЕ восстанавливает связи с ОРТ. Часть воспитанников плохо знала французский язык. Профессиональная ориентация проводилась параллельно с изучением французского языка.

Ретроспективный анализ через много лет показал, что все спасенные во время войны и адаптированные в первые послевоенные годы во Франции дети получили в ОЗЕ общее воспитание, психологическую поддержку и профессиональную подготовку, достаточные для того, чтобы интегрироваться в самые различные отрасли человеческой деятельности — работая в индустрии, в информатике, научно-исследовательской сфере, коммерции. Все достигли материального уровня, обеспечивающего достойный образ жизни, все обзавелись семьями. ОЗЕ помогало своим выпускникам получить стипендии

для высшего образования, оказывала посильную материальную и социальную помощь нуждающимся в первые годы самостоятельной жизни.

ОЗЕ сегодня — это широкая сеть специализированных центров, взаимосвязанных для наиболее эффективной координации, включающих в себя все необходимые учреждения для медико-социальной защиты, психологической, профессиональной и культурной адаптации для всех возрастных групп. Сохраняя традиционную культурную и социальную идентификацию, ОЗЕ не замыкается в рамках общины. Двери распахнуты для нуждающихся в помощи ОЗЕ людей любой национальности, любой религии и любого гражданства. ОЗЕ продолжает деятельность по адаптации эмигрантов из стран с неблагоприятными экономическим и политическим статусом (большинство среди них не евреи), в особенности детей, инвалидов и пожилых людей, не имеющих возможности самостоятельно преодолеть трудность интеграции в новую среду. Специалисты ОЗЕ, также люди разных национальностей, объединены желанием участвовать в гуманитарной деятельности, ибо для большинства из них скромная заработная плата не может быть единственным материальным источником (работают в ОЗЕ по совместительству с основной работой).

С 1953 г. ОЗЕ официально признана государством как общественно полезная добровольная гуманитарная ассоциация, имеющая статус медико-социального учреждения, т. е. ее медицинская и социальная деятельность финансово обеспечена фондом обязательного национального медицинского страхования и другими государственными и социальными фондами. Ассоциация работает в тесном сотрудничестве с множеством государственных учреждений и неправительственных ассоциаций.

Основные структурные подразделения ОЗЕ

Медико-социальный центр — диспансер.

Психо-педагогический амбулаторный консультативный центр для трудных подростков и их семей.

Дневной стационар для детей младшего возраста и их родителей — проблемные семьи, испытывающие трудности интеграции (в основном недавние эмигранты из стран Африки и Азии).

Четыре детских дома для детей, чьи родители официально лишены родительских прав.

Профессионально-реабилитационный центр для взрослых инвалидов.

Дневной центр профилактики и реабилитации пожилых людей с редуцированной автономией.

Центр психологической поддержки переживших Холокост и членов их семей.

Архив истории ОЗЕ и документации жертв Холокоста.

Существуют также общежития, дома отдыха, кафе — досуг по интересам.

Медико-социальный центр

Во время Второй мировой войны медико-социальный центр ОЗЕ был официально закрыт и действовал нелегально. В 1944–1945 гг. для неотложной помощи морально и материально обездоленному населению было открыто 3 медико-социальных центра в Париже и 10 — в других городах Франции.

В этих центрах, начиная с 1946 г., ОЗЕ диспансеризовало десятки тысяч беженцев из Восточной и Центральной Европы, а с 1948 г. — из стран Северной Африки, проезжающих транзитом через Францию, длительно ожидающих визы в США, Израиль, Южную и Латинскую Америку, Австралию.

В настоящее время существует один медико-социальный центр ОЗЕ в Париже, который представлен следующими отделениями:

- консультации по общей медицине, консультации узких специалистов. Стоматология, ортодонтия, кинезитерапия, рентгеновское отделение, ортопедия и подология, лаборатория и сестринский уход;

- геронтологическое отделение — диагностика и лечебно-социальная ориентация, психологическая поддержка; диагностика на дому;

- амбулаторный центр профилактики нарушений памяти и движений, потери автономии;

- центр профилактики — планирование семьи;

- спортивная медицина 3-го района Парижа; профилактика профессиональных болезней; школьная медицина.

Социальный центр — занимается всеми проблемами, связанными с жизнью и здоровьем пациентов, что исторически рассматривается как основная ось деятельности учреждения, которое является пионером этого направления во Франции.

Медико-социальный центр ОЗЕ — официальная клиническая база последипломного обучения врачей-геронтологов, социальных работни-

ков, психологов и медицинских сестер, повышающих квалификацию на медицинских факультетах парижских университетов.

В настоящее время медико-социальный центр ОЗЕ представляет:

- на уровне еврейской общины — центр профилактики токсикомании; геронтологический центр;

- на региональном уровне — геронтологический центр 4 первых районов Парижа;

- на интернациональном уровне — участвует в помощи медико-социальным центрам в Марокко, Тунисе, Югославии.

С 2002 г. восстановлена связь с исторической родиной ОЗЕ.

Свое девяностолетие ОЗЕ отметило в Санкт-Петербурге региональным семинаром по избранному вопросам геронтологии и социальной психиатрии с участием французских и российских специалистов.

В 2002, 2003 и 2004 гг. в Париже были проведены семинары по вопросам психогериатрии и медико-социальному обеспечению пожилых людей во Франции для врачей-координаторов общинных центров из России, Украины, Литвы и Азербайджана.

С каждым из этих центров были разработаны совместные проекты, получившие региональные и международные гранты на их реализацию.

В настоящее время готовятся совместные проекты по клинической и социальной геронтологии на уровне межуниверситетского европейского сотрудничества, где ОЗЕ предполагает играть роль координатора в области обмена знаниями между специалистами разных стран. При этом предполагается использовать современные коммуникационные технологии (виртуальный международный университет) в партнерстве с многолетними друзьями из ОРТ, которые также возвращаются «на круги своя» в Россию.

В статье использованы материалы архива ОЗЕ, статьи В. Кремер «Из мартиролога русского еврейства» (эпизоды в работе летучих отрядов ОЗЕ), Э.Н. Левиной». В вихре мировых событий (ОЗЕ в Восточной и Центральной Европе), книга Ernst Paraneck, Edward Linn «Out of the Fire», российские газетные и журнальные статьи 1912–1922 гг., представленные Ольгой Потап (Бостон), иллюстрированный юбилейный альбом «A Legacy for the Future. 90 years of OSE.» Paris. Edition D'ART, 2003.

Поступила 21.01.2006

SUMMARY

V.S. Artushkevitch, V.P. Sytiy

REASONS OF VIOLENT DEATH OF AGED AND SENILE PATIENTS

*State Service of Medical Forensic Expertise,
Republic of Belorussia
Social Geriatrics and Gerontology Community
of Belorussia*

Here we have analyzed the main causes of violent death of aged patients in Belorussia, based on forensic medicine centers data. We conclude that lethal accidents lead the list of such causes (64,4%). Among this type are: transport injury, alcohol intoxications, CO₂ intoxications, electricity injuries, frostbite, drowning, foreign bodies in upper airways. Suicide cases (medicine intoxication, high distance falling, hanging) were 24,3%. Murders were on the 3-d place for 11,1%.

ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ

РЕФОРМА СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ НАСЕЛЕНИЯ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

В.М. Васильчиков 3

ОРИГИНАЛЬНАЯ СТАТЬЯ

ПРИЧИНЫ НАСИЛЬСТВЕННОЙ СМЕРТИ ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА

В.С. Артюшкевич, В.П. Сытый 8

ЛЕКЦИИ

К ВОПРОСУ О ВЗАИМОДЕЙСТВИИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СОЦИАЛЬНОЙ И МЕДИЦИНСКОЙ СЛУЖБЫ

Г.И. Нечаева, Е.А. Темникова, Г.И. Боридько, Л.Д. Солодников, И.С. Никель 12

ОСТРОЕ ПРОГРЕССИРУЮЩЕЕ НАРУШЕНИЕ АУТОНОМИИ В ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ

Г. Некрич 15

EDITORIAL

SOCIAL DEFENSE SYSTEM REFORM AND QUALITY OF LIFE OF AGED PEOPLE

V.M. Vasilechikov 3

ORIGINAL ARTICLE

REASONS OF VIOLENT DEATH OF AGED AND SENILE PATIENTS

V.S. Artushkevitch, V.P. Sytiy 8

LECTURS

TO THE QUESTION OF SOCIAL AND MEDICAL SERVICES INTERACTION

G.I. Nechaeva, E.A. Temnikova, G.I. Borid'ko, L.D. Solodovnikova, I.S. Nikel 12

ACUTE AUTONOMY DISTURBANCE IN GERONTOLOGY PRACTICE

G. Nekrich 15

ГРУППОВАЯ ТЕРАПИЯ ТВОРЧЕСТВОМ КАК
ПРОФИЛАКТИКА РАССТРОЙСТВ АДАПТАЦИИ У ЛИЦ
ПОЗДНЕГО ВОЗРАСТА

А.А. Филозоф 20

ОБЗОР

О ПУТЯХ РАЗВИТИЯ СЛУЖБ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ
ПОМОЩИ НА ДОМУ

Э.В. Карухин 27

ПИСЬМА В РЕДАКЦИЮ

ОДИНОКАЯ СТАРОСТЬ: МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ
АСПЕКТЫ

И.А. Гехт 31

ЛЕЧЕБНО-ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ И
РЕАБИЛИТАЦИОННАЯ ПОМОЩЬ ЛИЦАМ
ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В
УСЛОВИЯХ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ЦЕНТРА

З.П. Горохова 35

ОСОБЕННОСТИ СЕСТРИНСКОГО УХОДА ЗА
ПСИХИЧЕСКИ БОЛЬНЫМИ В ВОЗРАСТЕ ОБРАТНОГО
РАЗВИТИЯ

А.В. Голенков, А.Б. Козлов, Л.Г. Ронжина,
А.В. Аверин 37

МЕДИЦИНСКАЯ ПОМОЩЬ ЖЕНЩИНАМ ПОЖИЛОГО
ВОЗРАСТА С УЧЕТОМ ИХ ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ
ОСОБЕННОСТЕЙ

Л.Ф. Ведмеденко, И.Е. Сокорева 41

ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПОКАЗАТЕЛИ,
ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СМЕРТНОСТЬ НАСЕЛЕНИЯ В
РЕСПУБЛИКЕ ХАКАССИЯ

В.В. Баев 44

ИНФОРМАЦИЯ

ХРОНОЛОГИЯ ФРАНЦУЗСКОЙ ГУМАНИТАРНОЙ
АССОЦИАЦИИ ОЗЕ

Г.Л. Некрич 47

SUMMARY 53

GROUP THERAPY AS ADAPTATION
DISTURBANCES PREVENTION
OF AGED

A.A. Philozop 20

REVIEW

SOME WAYS OF GERONTOLOGY HELP
AT HOME

E.V. Karukhin 27

LETTERS TO THE EDITOR

LONELY AGING: MEDICAL AND SOCIAL
ASPECTS

I.A. Gekht 31

TREATING AND PREVENTING
HELP FOR AGED
AND SENILE PATIENTS
IN GERIATRY CENTRE

Z.P. Gorokhova 35

PECULIARITIES OF NURSE CARE
OF PSYCHIATRY
PATIENTS

A.V. Golenkov, A.B. Kozlov, L.G. Ronzhina,
A.V. Averin 37

MEDICAL HELP TO AGED WOMEN,
MEANING THEIR PSYCHOEMOTIONAL
STATE

L.F. Ved'menko, I.E. Sokoreva 41

MAIN DEMOGRAPHY INDEX OF DEATH
AND MORBIDITY AMONG AGED
IN KHAKASSIA

V.V. Baev 44

INFORMATION

CHRONOLOGY OF FRENCH HUMANITARIAN
ASSOCIATION OZE

G.L. Nekrich 47

SUMMARY 53