

25 %. При этом в 1,5 раза возрастет удельный вес объектов, принятых в эксплуатацию с применением лабораторных и инструментальных исследований.

Актуальность вопросов охраны окружающей среды в XI пятилетке объясняется дальнейшее совершенствование лабораторного контроля за санитарным состоянием атмосферного воздуха, водоемов, почвы, продуктов питания. Будут освоены полярографические, спектрографические, хроматографические, кулонометрические, кондуктометрические, потенциометрические методы исследования.

Продолжится дальнейшее совершенствование работы межрайонных санитарно-гигиенических лабораторий Альметьевской, Бугульминской, Нижнекамской, Зеленодольской, Набережно-Челнинской, Чистопольской, Ленинской и Советской СЭС г. Казани. Они будут вести анализы воздушной среды, полный анализ воды питьевой и из водоемов в прикрепленных к ним районах.

Работа СЭС по охране окружающей среды должна быть пересмотрена в соответствии с решениями XXVI съезда КПСС. Важной составной частью такой перестройки должно стать изучение комплексного влияния факторов окружающей среды на здоровье населения.

Дальнейшее развитие централизованного водоснабжения ставит перед нашей службой важные задачи — усилить требования к установлению зон санитарной охраны источников водоснабжения, строгое подходит к контролю за санитарно-техническим состоянием водопроводных сооружений и сетей, качеством питьевой воды. Необходим более строгий контроль за гигиеной жилых и общественных зданий, в особенности, за санитарным, противоэпидемическим и дезинфекционным режимом в лечебно-профилактических учреждениях, в первую очередь, в родильных домах, детских больницах и отделениях. Еще большие внимания следует уделить совершенствованию условий труда и медико-санитарного обслуживания рабочих и служащих — более широко использовать лабораторные и инструментальные исследования для оценки факторов производственной среды, охватить всех рабочих периодическими медицинскими осмотрами, повысить требовательность органов санэпидслужбы к хранению и применению различных ядохимикатов.

Движение за коммунистический труд, широкий размах социалистического соревнования в коллективах органов и учреждений санэпидслужбы помогут претворить в жизнь планы, намеченные XXVI съездом КПСС, и решить проблемы, связанные с сохранением и укреплением здоровья советских людей.

Зам. министра здравоохранения ТАССР **Б. Л. Якобсон,**
проф. **М. М. Гимадеев**

КЛИНИЧЕСКАЯ И ТЕОРЕТИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616—053.9

ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ

Д. Ф. Чеботарев, З. Г. Ревуцкая

*Научно-исследовательский институт геронтологии (директор — акад. АМН СССР
Д. Ф. Чеботарев), АМН СССР, Киев*

Проблема организации гериатрической помощи привлекает все большее внимание органов здравоохранения и социального обеспечения развитых стран, что обусловлено, в первую очередь, прогрессирующим старением их населения. В соответствии со статистическими прогнозами ООН в индустриально развитых странах мира число людей в возрасте 60 лет и старше в период с 1970 по 2000 г. увеличится на 54 % при общем росте населения только на 21 %. По тем же данным, процент лиц старше 60 лет в Советском Союзе за этот же период возрастет с 11,5 до 17, то есть составит более чем $\frac{1}{6}$ часть населения страны. Особенно многочисленными станут контингенты населения в возрасте 75 лет и старше, по состоянию здоровья чаще лишающиеся способности к самообслуживанию и нуждающиеся в хорошо организованной медико-социальной помощи.

С удлинением средней продолжительности жизни пенсионный возраст, характеризующийся снижением физиологических способностей, новыми экономическими и социальными условиями, уже в настоящее время составляет от $\frac{1}{4}$ до $\frac{1}{3}$ всего периода жизни человека. Достижие пенсионного возраста — крайне неоднородные контингенты по состоянию своего здоровья, и, по существу, не возраст, а общая

активность, сохранение способности к самообслуживанию являются критерием для оказания герiatricкой помощи. В связи с этим в современной литературе пожилых и старых людей подразделяют на молодых-старых и старых-старых людей. В возрастной группе лиц, достигших 75 лет и старше, естественно, последних больше, однако, молодые-старые нередко встречаются и в девятом десятилетии.

Проблемы пожилых, которые стали во второй половине нашего столетия глобальными, привлекают внимание не только национальных правительств многих стран, но и таких международных организаций, как Организация Объединенных Наций и ее специальных агентств.

Основной задачей развивающейся в нашей стране герiatricкой помощи является сохранение функциональной и социальной независимости людей пожилого и старческого возраста. Медико-социальная помощь людям этого возраста должна оказываться по такому принципу, который бы давал старым людям право на обеспечение государством их потребности в долговременном уходе и лечении на дому и в стационарных условиях в такой же мере, как и в больничном лечении при острой заболеваниях.

Герiatricкая помощь по аналогии с кардиоревматологической, эндокринологической, нефрологической, гастро-энтерологической и пульмонологической, по существу, должна стать одной из специализированных служб, способствующих совершенствованию, в первую очередь, терапевтической помощи населению страны. Статистические данные показывают, что ведущая роль в амбулаторном обслуживании населения пожилого и старческого возраста принадлежит терапевтам. На их долю приходится более половины всех посещений (53,3%). Объем медицинской помощи, оказываемой пожилым и старым людям терапевтами, увеличивается с возрастом. Так, если в 60—64 года он составлял 43,5%, то в 80 лет и старше — 68,4%. Основное число посещений на дому также выполняется терапевтами. Таким образом, участковый врач-терапевт является основным специалистом в оказании медицинской помощи герiatricким больным и от степени его герiatricкой подготовки зависит уровень медицинской помощи населению старших возрастов.

К настоящему времени медициной уже накоплены значительные научные наблюдения и практический опыт лечения больных пожилого и старческого возраста. Сейчас важно найти наиболее рациональные пути решения проблемы медико-социального обеспечения населения старших возрастов.

В основу организации медицинской помощи населению данного контингента положены следующие принципы:

— герiatricкая помощь должна являться составной частью общей системы лечебно-профилактических мероприятий, быть массовой и доступной;

— герiatricкая помощь должна быть максимально приближена к населению старших возрастов, что может быть достигнуто путем совершенствования и развития амбулаторно-поликлинического обслуживания, введения часов приема герiatricких больных, организацией герiatricких кабинетов при городских консультативных и территориальных поликлиниках;

— участковый терапевт должен стать главной фигурой в этом процессе ведения герiatricких больных, так как он первым встречается с таким пациентом и определяет дальнейшую тактику в его лечении;

— весь комплекс лечебных мер в отношении герiatricких больных должен быть направлен не только на лечение патологического процесса, но и на максимальное стимулирование и активацию его способности к самообслуживанию, на трудовую реактивацию;

— определение конкретных организационных форм и необходимого объема медицинской помощи пожилым людям следует осуществлять дифференцированно с учетом возрастного состава обслуживаемого населения, особенностей его расселения, состояния здоровья и других факторов.

Пути развития медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста должны предусматривать последовательное решение комплекса мер, способствующих повышению общего уровня лечебно-профилактической помощи, организации герiatricкой службы, то есть системы лечебно-профилактических учреждений по обслуживанию старших возрастных групп населения.

Наряду с серьезными задачами в области организации медицинского обеспечения лиц старших возрастов и в связи с необходимостью длительного сохранения их активной роли в общественной жизни страны неотложного рассмотрения и решения требует и комплекс вопросов социального характера, неразрывно связанных с проблемой медицинского обслуживания этой категории населения. Особо важное значение это имеет для пожилых и старых людей с так называемыми факторами риска. К ним

относятся одинокие хронические больные, и, особенно, вынужденные соблюдать постельный режим; лица, недавно потерявшие близких и готовящиеся к выходу на пенсию, только что оставившие работу. В оказании повседневной помощи таким контингентам роль социального работника часто является наиболее существенной. Очень важны контакты работников медико-социальной помощи с семьей, родственниками больного, так как сложные, медицинские и социальные потребности старых людей всегда следует рассматривать в семейном и социальном аспектах.

Общим требованием в организации гериатрического обслуживания пожилых и старых людей являются, в первую очередь, кооперация и интеграция медицинских и социальных работников. Основной задачей в этом плане должны стать комплексная медицинская помощь и реабилитация в соответствии с медицинскими, социальными, экономическими и психологическими факторами. Их практическая реализация возможна только при условии координации многих заинтересованных служб.

Изучение образа жизни, условий и состояния здоровья показало, что для продления жизни пожилых людей в «собственном доме» существенное значение имеет дальнейшее совершенствование разных форм внебольничной помощи и социального обслуживания.

Свидетельством заботы партии и правительства о здоровье и благосостоянии старшего поколения явился изданный Министерством здравоохранения СССР приказ «О мерах по дальнейшему улучшению использования труда пенсионеров по старости и инвалидов в народном хозяйстве и связанных с этим дополнительных льготах», который наметил пути разработки мероприятий по обеспечению квалифицированной медицинской помощи пенсионерам по старости, особенно страдающим хроническими заболеваниями.

Дальнейшему совершенствованию медицинского обслуживания населения этой категории способствовал приказ министра здравоохранения СССР «О мероприятиях по организации медицинского обеспечения лиц старших возрастов», в котором было отмечено, что XXV съезд КПСС определил задачи существенного повышения эффективности всего общественного производства. В решении этих проблем, повышении роста производительности труда большая роль принадлежит трудовым ресурсам, их сохранению. Этому в значительной степени будет содействовать более длительное сохранение профессиональной трудоспособности, увеличение возможностей активной деятельности лиц пенсионного возраста, желающих продолжать работу. Данные об их активном участии в трудовом процессе подтверждают почти вдвое возросший удельный вес работающих пенсионеров за последние десять лет. Анализ существующего уровня оказания им медицинской помощи с учетом важного значения медико-социальных проблем геронтологии и гериатрии для длительного сохранения их активной роли в общественной жизни позволил наметить пути совершенствования медицинской помощи населению этого контингента. Их реализация должна осуществляться в трех направлениях:

— в совершенствовании лечебно-профилактической помощи населению старших возрастов на всех этапах их обслуживания. Особое внимание медицинских работников следует обратить на необходимость чуткого и заботливого отношения к гериатрическим больным, многие из которых являются ветеранами труда. Не менее серьезную озабоченность вызывает подъем уровня обслуживания таких больных на дому, стационарах и скорой медицинской помощью;

— в организации массовой подготовки врачей всех специальностей и средних медицинских работников на местных базах, а также во внедрении преподавания геронтологии и гериатрии в медицинские ВУЗы, институты усовершенствования врачей, на факультеты усовершенствования преподавателей, в средние медицинские училища. Составление соответствующих программ и методической литературы, укрепление кафедр и подготовка преподавателей будут также способствовать решению этой задачи;

— в создании гериатрических служб. Введение гериатрических кабинетов в структуру городских поликлиник как консультативных и организационно-методических центров даст возможность организовать оптимальные условия для медицинского и социального обеспечения населения старших возрастов.

Таким образом, предусматриваются многосторонние и целенаправленные меры, обеспечивающие внедрение гериатрии в практику лечебно-профилактической работы.

Выполнение приказа поможет создать стройную систему специализированной медицинской помощи лицам старшего возраста.

Новым типом медицинских амбулаторно-поликлинических учреждений являются гериатрические кабинеты, предназначенные для организации медико-социальной помощи населению этого контингента.

В соответствии с методическими рекомендациями Министерства здравоохранения СССР рекомендуется организация гериатрических кабинетов в городских территориальных поликлиниках и при многопрофильных консультативных поликлиниках (областных, городских, районных).

К основным задачам гериатрического кабинета в городской территориальной поликлинике относятся организационно-методическая и консультативная помощь врачам поликлиники по медицинскому обслуживанию лиц пожилого и старческого возраста, лечебно-консультативная помощь больным старших возрастных групп, диспансерное наблюдение за определенными группами лиц пенсионного возраста.

Врач гериатрического кабинета обязан контролировать качество медицинского обслуживания; вести учет населения этих возрастных групп, проживающих в районе деятельности поликлиники, с особенным вниманием к одиноким и нуждающимся в уходе и помощи в быту; изучать заболеваемость и разрабатывать мероприятия по ее снижению среди лиц пожилого и старческого возраста; проводить санитарно-просветительную работу с населением.

Гериатрический кабинет при многопрофильной консультативной поликлинике осуществляет организационно-методическую и лечебно-консультативную помощь врачам поликлиник всего района по медицинскому и социальному обслуживанию лиц пожилого возраста. Он должен установить систематическую связь с органами социального обеспечения, обществом Красного Креста и Красного Полумесяца и другими организациями с целью повышения уровня не только медицинского, но и социального обслуживания больных соответствующих возрастов, оказывая этим действенную помощь гериатрическим кабинетам территориальных поликлиник города.

Врач гериатрического кабинета подчиняется главному врачу поликлиники и его заместителю по лечебной работе и должен иметь в качестве вспомогательного персонала медицинских сестер, сестер общества Красного Креста и Красного Полумесяца. Кроме того, он является основным консультантом медицинского учреждения по вопросам медицинского обслуживания лиц пожилого и старческого возраста. Заведующий городским гериатрическим кабинетом многопрофильной консультативной поликлиники должен являться главным гериатром города, а заведующий кабинетом территориальной поликлиники — заместителем главного врача поликлиники по гериатрической помощи.

В своей работе гериатрическим кабинетам следует опираться на участковых врачей и поддерживать связь с врачами здраспунктов, стационаров, органами социального обеспечения, коммунального обслуживания, общественными организациями. В процессе наблюдения за лицами старших возрастов в гериатрических кабинетах большое значение уделяется рациональному использованию с лечебными и профилактическими целями занятий физкультурой, поэтому кабинеты должны работать в тесном контакте с группами здоровья и врачебно-физкультурными диспансерами.

В настоящее время в СССР гериатрические кабинеты имеются почти во всех республиках. К 1 января 1981 г. функционировало более 120 кабинетов, организованных при поликлиниках, диспансерах и разных ведомствах. Многие из них стали подлинными организационно-методическими и консультативными центрами по гериатрии и внедряют опыт своей работы в практическую деятельность других лечебных учреждений.

Опыт организации амбулаторно-поликлинического обслуживания гериатрических больных уже накоплен во многих странах. В Польше, Чехословакии, Румынии создаются участковые гериатрические службы.

При многих территориальных поликлиниках имеются гериатрические кабинеты со штатом патронажных сестер и социальных работников. В Румынии открыты экспериментальные базы диспансерного наблюдения за гериатрическими больными, на некоторых предприятиях организованы геронтологические центры по профилактике преждевременного старения. Значительных успехов в организации гериатрической помощи достигли также ГДР и Болгария.

Как показывают специальные исследования, в последние десятилетия существенно меняется возрастной состав больных, находящихся в стационарах. В некоторых из них число коек, занятых больными старше 60 лет, составляет 30—50% от общего числа мест. Постарение состава больных заметно в терапевтических, хирургических, онкологических, неврологических и других отделениях. Стационарная гериатрическая помощь является важным звеном в системе организации медицинского обеспечения населения старших возрастов. Реализация положения о продлении жизни пожилого человека в домашних условиях во многом зависит от степени обеспеченности пожилых людей и стариков этой помощью и уровнем ее оказания.

При решении вопроса о формах стационарного обслуживания гериатрических больных важно прежде всего определить необходимый объем этой помощи.

Потребность в стационарном лечении лиц старше 60 лет составляет в целом 241,8 на 1000 населения данной возрастной группы. Число нуждающихся в стационарном лечении увеличивается с возрастом, в 80 лет и старше этот показатель равен 308,4 (на 1000 населения соответствующей возрастной группы).

Особенно нуждаются в стационарном терапевтическом лечении лица 60 лет и старше — 137,8 на 1000 населения. Потребность в госпитализации в отделения хирургического профиля равна 40,1 на 1000 населения, в неврологические отделения — 34,5, в офтальмологические — 10,5 и психиатрические — 10,5.

Госпитализации в отделения терапевтического профиля подлежат 57% больных пожилого и старческого возрастов, в отделения хирургического профиля — 16,6%, в неврологические — 14,3, в прочие отделения — остальные 12,1%.

Среди имеющегося разнообразия типов госпитальных учреждений, существующих в разных странах, можно выделить общие для многих из них — это больницы для хронических больных. В них, как правило, находятся больные разных возрастов, однако преобладание лиц 60 лет и старше профилирует их, по сути, в гериатрические учреждения. Имеются отделения для долговременного лечения с пребыванием больных от 3 до 6 месяцев при крупных больницах и специальные реабилитационные центры для продолжительного лечения и трудовой переквалификации.

Необходимость организации стационаров для хронических больных признана специалистами многих стран и обусловлена не только большим числом больных пожилого возраста, но и экономическими соображениями — более эффективным использованием коек в общих стационарах и более низкой стоимостью койко-дней. Задачами такого стационара являются долечивание больных, перенесших острые заболевания; комплексное лечение хронических, длительно протекающих заболеваний; активная реабилитационная терапия; восстановление работоспособности, если же это невозможно, — восстановление подвижности и способности к самообслуживанию.

Во многих странах нет особой разницы между больницами для хронических больных и домами-интернатами в отношении штатов, организации услуг, лечения и восстановления. В больницах для хронических больных обычно работает меньшее число врачей при увеличенном штате среднего медицинского персонала и его помощников.

Одну из форм гериатрического обслуживания, стоящего на грани амбулаторной и стационарной помощи, представляет собой дневная гериатрическая больница. Основной задачей дневной больницы является оказание помощи гериатрическим больным, выписавшимся из больницы, не требующим больничного режима, но нуждающимся в долечивании, восстановительной терапии и других видах медицинской и социальной помощи. Дневная гериатрическая больница рассчитана в среднем на 30—50 человек, организуется на базе общей или специальной гериатрической больницы или стационара для хронических больных и обеспечивает полный комплекс медицинского обслуживания. В зависимости от потребности больной посещает больницу ежедневно или в определенные дни. Пребывание пациентов в дневных гериатрических больницах экономически выгодно, так как расходы в них на содержание больных по сравнению с обычными больницами значительно ниже.

К лечебно-оздоровительным комплексам нового типа относятся зоны здоровья, которые должны заниматься оздоровлением населения старших возрастов, восстановлением здоровья и продлением активного периода жизни. Основными лечебными факторами в зонах здоровья является сочетание правильного режима с климатотерапией, двигательным режимом, лечебной гимнастикой, трудотерапией, физиотерапией и другими методами лечения. Массовый отдых вблизи городов или даже в самих городах дает хороший оздоровительный эффект, особенно у лиц пожилого возраста, для которых выезды на большие расстояния сопряжены с длительной акклиматизацией. Зону здоровья можно считать лучшей формой не только оздоровительной работы, но и организации досуга пожилых и старых людей. Физкультурно-оздоровительные мероприятия на фоне строго установленного режима и трудотерапии заполняют досуг пенсионера.

Широкое распространение в Советском Союзе как учреждения оздоровительного профиля получили группы здоровья. Их деятельность направлена на профилактику преждевременного старения и оздоровление населения пожилого и старческого возраста. В группах здоровья занятия физкультурой проводятся по специально составленным, физиологически обоснованным программам.

Все большее значение придается в настоящее время комнатам здоровья при домоуправлениях, ЖЭКах, которые организуются на общественных началах. Большую помощь в этом направлении оказывают местные организации, выделяющие помещение

и способствующие становлению ячеек гериатрической помощи, имеющих большое значение в сохранении здоровья, психологического климата, социальной, а часто, и медицинской помощи пожилым и старым людям, в первую очередь, одиноким.

Эти комнаты здоровья могут стать местом, где в определенные часы дня будут дежурить представители актива пенсионеров (врачи, юристы, члены совета пенсионеров и т. д.), готовые дать совет и помочь людям пенсионного возраста, обращающимся к ним. Они же, как правило, выясняют нужды одиноких и через актив пенсионеров и соответствующие организации оказывают им необходимую помощь.

Более совершенной формой, приближающейся к комнатам здоровья, являются клубы пожилых людей, уже получившие широкое распространение в ряде стран и особенно в ГДР. Их организация — весьма важный фактор в предупреждении или устранении чувства одиночества, изоляции от общества, потери интереса к окружающему и т. д. Здесь людей объединяют общие интересы, возможность получения новой информации, психологические контакты, так необходимые старым людям с их нелегкими мыслями о своем существовании и его перспективах.

Поступила 5 ноября 1981 г.

МЕДИЦИНСКОЕ ОБСЛУЖИВАНИЕ НАСЕЛЕНИЯ СТАРШИХ ВОЗРАСТОВ

М. Х. Вахитов, Ш. М. Вахитов

Кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.—проф. М. Х. Вахитов) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова, кафедра социальной гигиены и организации здравоохранения (зав.—доц. И. Г. Низамов) Казанского ГИДУВа им. В. И. Ленина

Р е ф е р а т. Приведены сведения о постарении населения отдельных стран мира, «демографической нагрузке», заболеваемости пожилых людей, основных направлениях внедрения достижений геронтологии и гериатрии в жизнь.

Ключевые слова: население, старческий возраст.

Библиография: 11 названий.

Население земного шара в настоящее время имеет четко выраженную тенденцию к постарению, то есть к увеличению в структуре населения лиц старших возрастов. Вопрос, какой возраст считать началом старости, остается открытым, так как мнения специалистов в этой области разноречивы. Э. Россет (1968), проанализировав множество классификаций (по которым начало периода старости соответствует различным возрастам — от 45 до 75 лет), отмечает, что специалисты в области естественных наук считают началом старости возраст 60 лет, а демографы и экономисты-статистики — 65 лет.

Число лиц в возрасте 60 лет и старше, не превышающее 8% от общего количества жителей страны, свидетельствует о демографической молодости населения, равное 8—10% — о преддверии старения, 10—12% — собственно периоде старения, 12% и более — демографической старости населения [7].

Первой страной мира, перешагнувшей порог демографической старости, стала Франция, где в начале XX в. доля лиц в возрасте 60 лет и старше составляла 12,4%.

В 1970 г., по данным ВОЗ [10], число лиц в возрасте 60 лет и более было равно 291 млн. чел. и соответствовало 8% населения Земли. К 2000 г. их будет 585 млн. чел., что составит 9% населения. Причем предполагается увеличение людей самых старших возрастов с преобладанием женщин.

По данным за 1970—1976 гг., во многих экономически развитых странах (в том числе в европейских социалистических государствах) количество этого контингента превышает 12%, а в некоторых приближается к 20%: в Великобритании — 18,5%, ГДР — 19,8%, Франции — 18,8%, Чехословакии — 17,0%, Швеции — 19,3% и т. п. [2]. Это объясняется снижением рождаемости и увеличением средней продолжительности жизни.

Процесс постарения населения в нашей стране также развивается очень быстрыми темпами. Если в 1939 г. доля лиц старших возрастов составляла в СССР 6,8% населения, то в 1959 г. — 9,4%, в 1970 г. — 11,8%, а в настоящее время она стала еще больше. Постарение населения в различных республиках неравномерно [5]: в стадии демографической молодости находятся Узбекская, Таджикская,