

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 помощь 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

Реферат. 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,

Туркменская и Азербайджанская ССР, в преддверии старения — Казахская, Киргизская, Армянская ССР, в стадии собственно старения — Молдавская ССР, в стадии демографической старости — РСФСР, УССР, БССР, Грузинская, Литовская, Латвийская, Эстонская ССР. Причем среди сельского населения тенденция к постарению выражена сильнее.

При оценке демографической ситуации и прогнозировании экономических и социальных последствий ее изменения недостаточно знать лишь процент пожилых людей в обществе. Например, для более детального анализа вычисляют долю активного населения (то есть ее трудоспособной части, занятой в общественном производстве, а также в данный момент не имеющей работы, но желающей ее получить). Этот показатель равен (в %) в Мексике — 25, Нидерландах — 38, Китае — 40, Индии и США — 42, в Австралии — 43,6, ФРГ и Франции — 44, Англии — 46, СССР, Чехословакии и Румынии — 47, ГДР и Польше — 50 [3].

Кроме того, вычисляются показатели «демографической нагрузки» трудоспособного населения детьми, пожилыми людьми, теми и другими вместе. Их соотношения также неодинаковы: в Нидерландах на 1000 чел. 15—59 лет приходится 249 человек в возрасте 60 лет и более, в Индии — 97, США — 246, ФРГ — 307, Франции — 327, Англии — 322, Чехословакии — 270, Швеции — 323, ГДР — 403 человека. В СССР в 1970 г. этот показатель был равен 200 (от 151 в Туркмении до 283 в Латвии) [4].

Говоря об увеличении контингента пожилых людей, нельзя рассматривать это явление изолированно от колебаний общей демографической ситуации в стране. До последнего времени в Советском Союзе наблюдался постоянный быстрый прирост населения трудоспособного возраста (16—55 лет — для женщин, 16—60 лет — для мужчин). Но теперь намечается снижение этого показателя [8]. В десятой пятилетке он составлял 11,2 млн. чел., в одиннадцатой — снизится до 3,3 млн., затем будет еще меньше. Это связано с тем, что в годы десятой пятилетки свою трудовую деятельность начинало самое многолюдное поколение родившихся во второй половине 50-х годов, а завершало малолюдное и понесшее большие потери поколение 1916—1920 гг. В двенадцатой пятилетке в народном хозяйстве начнет работать малочисленный контингент родившихся во 2-й половине 60-х годов, а закончит трудовую деятельность многолюдное поколение родившихся во 2-й половине 20-х гг. (период «демографического взрыва») [8].

Таким образом, народному хозяйству страны придется развиваться в сложных условиях сокращения прироста трудовых ресурсов, при этом, как отметил Л. И. Брежнев на XXVI съезде КПСС, «...особое значение приобретает бережное, экономное отношение к трудовым ресурсам. Это — дело сложное, требующее решения многих задач экономического, технического, социального, воспитательного характера».

Огромный производственный и жизненный опыт, сознание социальной ответственности, желание работать и физические возможности значительной части лиц старших возрастов позволяют рассматривать их в определенных условиях как весьма ощутимый резерв трудовых ресурсов страны. Надо отметить, что число работающих пенсионеров по старости постоянно растет: если в 1965 г. их было 13%, то в 1976 г. — 24% [2].

Занимаясь продлением трудовой активности людей и увеличением средней продолжительности жизни, особое внимание следует обратить на проблему одиночества пожилых людей. Множество вопросов возникает и в связи с реабилитацией лиц в пожилом возрасте, разработкой и внедрением в жизнь рекомендаций по их рациональному питанию и двигательной активности.

Заболееваемость лиц старших возрастов имеет определенные черты, отличающие ее от заболееваемости людей других возрастных групп. Прежде всего, основная масса пожилых людей страдает хроническими заболеваниями, обусловленными их возрастными физиологическими особенностями. Так, менее 15% пожилых обращаются за медицинской помощью лишь по поводу острых или только хронических заболеваний [2]. Преобладающей патологией у людей старших возрастов являются заболевания сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, болезни суставов и новообразования. Характерны для этого контингента также мультиморбидность и множественность поражений — более половины больных имеют два и более заболеваний.

Особенностью патологии людей старших возрастов является атипичность клинической картины, которая значительно отличается от клиники аналогичных заболеваний у более молодых людей, что дает право говорить о болезнях старческого возраста так же, как и о детских. В целом, заболееваемость населения пожилых возрастов в расчете на 1000 чел. составляет 1577,5 (1614,0 — у мужчин, 1563,7 — у женщин) [2].

Работа по обеспечению активной старости идет во многих странах. Для координации этой деятельности в 1977 г. создан комитет экспертов ВОЗ по планированию и организации гериатрических служб.

Практическое внедрение в жизнь достижений геронтологии и гериатрии идет в нескольких направлениях.

1. Амбулаторно-поликлиническое обслуживание лиц старших возрастов.

В крупных поликлиниках многих городов страны функционируют гериатрические кабинеты и более крупные подразделения гериатрической службы (например, республиканское гериатрическое поликлиническое отделение в Ташкенте, гериатрическая лечебно-консультативная поликлиника в Днепропетровске). Опыт работы гериатрических кабинетов изучается и анализируется, но статус этих кабинетов и врачей-гериатров, их права и обязанности пока еще не утверждены.

Одной из форм обслуживания пожилых людей могла бы быть организация гериатрических участков (по типу педиатрических) [1], что повлекло бы за собой определение статуса врача-гериатра как участкового гериатра.

При организации амбулаторно-поликлинического обслуживания людей этой возрастной категории следует иметь в виду, что временные нормы обследования, принятые сейчас в поликлиниках, для данной цели не годятся. Так, В. С. Турчанинова (1980) предлагает как один из способов амбулаторно-поликлинического обслуживания пожилых людей выделить специальные часы гериатрического приема в общем графике участковых врачей городских территориальных поликлиник с нормой нагрузки до 4 чел. в час. Почасовая нагрузка врача-гериатра на консультативном приеме, по данным того же автора, — 2—3 человека в час.

Нельзя забывать и о том, что лица старших возрастов предпочитают обслуживание их на дому посещениям поликлиники. Если у лиц рабочих возрастов на один вызов приходится 6,5 посещений в поликлинику, то у пожилых людей одному визиту врача соответствует 3,5 посещения. До 25% всех вызовов врача принадлежит пожилым людям, при этом удельный вес лечившихся дома достигает 47—55% [1, 2].

2. Больничное обслуживание лиц старших возрастов.

Уровень госпитализации лиц в возрасте 60 лет и более составляет 132,8 на 1000 чел. населения, потребность в госпитализации равна 241,8 [2], что почти в три раза выше показателя для всего населения [6]. Исследования показали, что лишь у 70,5% больных старших возрастов заболевания соответствуют профилю того отделения, где они лечатся, а среди экстренно госпитализированных 19,6% пожилых доставлены в стационар несвоевременно. Диагноз направляющего учреждения не подтверждается в среднем в 25% случаев, в результате чего затягиваются сроки госпитализации. 25,1% людей старших возрастов поступают в стационары с осложнениями, а 13,7% больных получают осложнения в стационарах [2].

В настоящее время во многих странах признается необходимость функционирования стационаров для гериатрических больных, что целесообразно и в медицинском аспекте (позволяет им оказывать более качественную стационарную помощь), и в экономическом (дает возможность эффективнее пользоваться дорогостоящими койками в обычных стационарах). Единого мнения о типе стационарных учреждений для пожилых людей пока нет. Одни специалисты считают наилучшим вариантом организацию гериатрических отделений в составе больниц общего типа, другие предлагают создать отдельные гериатрические больницы. Получают распространение реабилитационные отделения и реабилитационные центры для длительного лечения и во многих случаях — для трудовой переквалификации [96].

Заслуживает внимания опыт ГДР, в которой существует эффективная система медицинского, социального и культурного обслуживания лиц старших возрастов [10]. I-я терапевтическая гериатрическая клиника Берлина [11] имеет в своем составе отделения для острых, хронических больных и для лиц, нуждающихся в специальном уходе; ревматологическое отделение с собственной физиотерапевтической службой и амбулаторным приемом; диагностические отделения диспансерного наблюдения; рентгенологическое отделение (заведующий — специалист по рентгенодиагностике и лучевой терапии), клиническую лабораторию под руководством высококвалифицированного биолога. На одного среднего медицинского работника приходится 4 пациента. Каждый пациент клиники в зависимости от своего состояния может последовательно получать помощь в том или ином отделении, что значительно повышает эффективность лечения.

3. Вопросы преемственности и диспансерного наблюдения при обслуживании лиц старших возрастов.

Вопросам преемственности между различными лечебно-профилактическими учреждениями при обслуживании гериатрических больных надо уделять особое внимание. Среди людей, перешагнувших 60-летний рубеж, число посещений поликлиники (на 100 заболеваний) с увеличением возраста уменьшается, сокращается и число госпитализации. Вместе с тем растет количество вызовов скорой помощи: 22,2 вызова на 100 заболеваний в возрасте 60—69 лет, 35,8 вызова — в возрасте 70—79 лет, 50,7 вызова — в возрасте 80 лет и старше [2]. Объяснить возникшие «ножницы» можно тем, что пожилые люди менее подвижны, оттого более пассивно наблюдают за своим здоровьем, предпочитая «отлеживаться дома», часто приписывая свои недуги возрасту, а не болезни. В результате осложнения заболевания возникает необходимость в скорой или неотложной медицинской помощи, хотя при своевременном обращении к врачам этого можно было бы избежать.

Выход из этой ситуации — в организации эффективного диспансерного наблюдения за пенсионерами, позволяющего контролировать состояние здоровья и своевременно принимать соответствующие меры. Кроме того, — и в обеспечении преемственности между лечебно-профилактическими учреждениями при обслуживании пожилых людей, которых не следует оставлять без внимания медиков на длительный срок.

Особый подход нужен лицам, состоявшим до выхода на пенсию под диспансерным наблюдением по месту работы в связи со специфическими условиями труда. Для их своевременного взятия под контроль врачами районных поликлиник сведения об этих людях необходимо передавать из медико-санитарных частей в районные поликлиники.

4. Социальное обеспечение

Социальное обеспечение включает в себя вопросы, связанные с жильем, питанием, уходом, коммунальными услугами, культурными мероприятиями, социальной адаптацией, санитарно-просветительной работой и пр. Эти вопросы наиболее комплексно разрешаются в домах для престарелых.

5. Гериатрическое обучение

Высококвалифицированную медицинскую помощь людям старших возрастов, безусловно, может оказывать лишь врач-гериатр, хорошо знакомый с физиологией стареющего и старческого организма, психологией пожилых людей, спецификой протекания у них различных заболеваний и возможностями применения различных видов лечения. Поскольку в современных условиях медицинскую помощь пожилым людям в большинстве случаев оказывают врачи разных специальностей, им необходимы знания основ гериатрии.

Подготовку по гериатрии должны иметь студенты всех медицинских специальностей в соответствующих вузах страны. Врачи, решившие посвятить себя гериатрии, должны углублять свои знания в этой области. В настоящее время кафедра геронтологии и гериатрии имеется в Киевском институте усовершенствования врачей. Кроме того, постепенно появляются специалисты по гериатрическим аспектам отдельных дисциплин, особенно среди хирургов, офтальмологов, невропатологов, психиатров [9а]. Их опыт должен изучаться и распространяться.

Таким образом, организация эффективной службы комплексного обеспечения лиц старших возрастов медицинской и социальной помощью, охват их лечебными и оздоровительными мероприятиями задолго до выхода на пенсию, позволят значительно продлить период их трудовой активности и дадут ощутимый резерв трудовых ресурсов как в результате использования труда пенсионеров, так и в итоге освобождения лиц, занятых уходом за пожилыми людьми, ограниченными в своей подвижности.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вахитов Ш. М. Казанский мед. ж., 1980, 3.— 2. Гусева И. С., Потехина М. В. Основные вопросы медицинской демографии. М., 1979.— 3. Мы и планета: цифры и факты. М., Политиздат, 1980.— 4. Народонаселение стран мира. М., Статистика, 1974.— 5. Овчаров В. К., Быстрова В. А. Сов. здравоохран., 1981, 2.— 6. Ревницкая З. Г. Условия жизни и пожилой человек. М., 1978.— 7. Россет Э. Процесс старения населения. М., Статистика, 1968.— 8. Турчанинова В. С. Сов.

здравоохранения, 1980, 6.—9. Чеботарев Д. Ф. а) *Здравоохранение Российской Федерации*, 1980, 5. б) Там же, 1980, 3.—10. Paine G. *Wid. Hosp.*, 1979, 15.—11. Siggelkow H. *Dtsch. Gesundheitswes.*, 1980, 35, 13.

УДК 618.173—02:612.017

ОБ ОДНОЙ ИЗ ФОРМ РЕАКТИВНОГО СОСТОЯНИЯ В КЛИМАКСЕ

В. Д. Менделевич

Кафедра психиатрии (зав.—доц. Д. М. Менделевич) Казанского ордена Трудового Красного Знамени медицинского института им. С. В. Курашова и Казанский городской психоневрологический диспансер им. В. М. Бехтерева (главврач — Н. А. Авдонина)

Реферат. Обследовано 68 женщин с различными нервно-психическими нарушениями в климаксе. Значительное место среди этих расстройств занимали реактивные состояния, в которых психогенным фактором являлся сам климакс. У 12 женщин выявлено своеобразное изменение поведения. Оно проявлялось реакцией по истероидному типу в форме «мистификации действительности» и наблюдалось в среднем через 1—2 мес от начала климактерических нарушений. Реакция личности на климакс как значимое явление возникала в форме истероидного поведения лишь у тех женщин, которые до климактерического периода были склонны к истерическим формам реагирования, не достигавшим ранее значительной степени выраженности.

Ключевые слова: климакс, нервно-психические нарушения, реактивные состояния.

Библиография: 7 названий.

На психологическом и социальном уровнях адаптации климакс представляет собой нередко стрессовый фактор, который ломает установившийся жизненный стереотип. Ряд женщин с благоприятной окружающей микросоциальной обстановкой (благополучная семья, заботливые дети, внуки) переживает климактерический период относительно благоприятно. Иные женщины, у которых остаются многие нерешенные проблемы (одиночество и т. д.), относятся к климаксу как к катастрофе [1, 5].

В климаксе возможны различные нервно-психические заболевания, среди которых особо выделяются реактивные состояния: реактивная депрессия, реактивный паранойд, включая психогенные формы бреда ревности.

При длительно действующей психической вредности, личность вырабатывает определенный тип адаптации, который в психологической и психиатрической литературе получил название «психологической защиты». Под этим понимается «процесс, направленный на снижение эмоциональной напряженности и предотвращение дезорганизации поведения в случаях конфронтации определенных сознательных установок личности с противоречащими им осознанными или неосознанными установками» [3].

Различают адекватные и неадекватные формы психологической компенсации. К нормальным формам психологической защиты относят: а) нейтрализацию эмоционального напряжения путем переключения интересов личности на иную, более значимую деятельность; б) замену нереализуемой установки другой, доступной реализации; в) снижение эмоциональной значимости данного явления [2].

У 68 обследованных нами больных наряду с адекватными формами психологической компенсации климакса как значимого явления были обнаружены и неадекватные формы защиты, главным образом в виде так называемой «мистификации действительности».

В период начавшегося климакса у женщин этой группы наблюдался различной продолжительности (от 2—3 нед до 3—5 мес) этап, проявлявшийся депрессивно-ипохондрическим синдромом. Больные часто обращались к врачам различных специальностей, активно лечились, настаивали на повторных гинекологических исследованиях, категорически отрицая заключения врачей о начавшемся у них климактерическом периоде. Спустя некоторое время (не позднее 5 мес от начала климактерических нарушений) поведение таких больных претерпевало значительные изменения: слезливые, ипохондричные женщины становились повышено активными. Они начинали более внимательно следить за своей внешностью, посещать косметические кабинеты, применять большое количество косметических средств, шить