

НЕМНОГО ИСТОРИИ И СОВРЕМЕННАЯ КОНЦЕПЦИЯ ГЕРИАТРИИ

А.Н. Ильницкий, проф., К.И. Прощаев, проф.

Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, Москва

E-mail: a-ilynitski@yandex.ru

Дана характеристика гериатрии как науки о старении и заболеваниях в пожилом и старческом возрасте. Представлены основные вехи ее развития и современное состояние. Обозначены современные представления о роли медсестры в обеспечении медицинской помощи в гериатрии.

Ключевые слова: геронтология и гериатрия, медсестра.

Вопросы старения, старости, взаимоотношений между поколениями всегда являлись объектом внимания людей и отражены в произведениях литературы и живописи. Возможно, началом «геронтологического мышления» нового времени можно назвать дату выхода в свет трагедии Шекспира «Король Лир» (1606). В 1660–1670 гг. чешско-моравский гуманист, педагог, общественный деятель Ян Амос Каменский написал трактат «Школа старости», в котором «ведется совет о всеобщем воспитании умов и о подчинении всех дел жизни такому порядку, чтобы ум каждого человека, в любом возрасте, имея увлекающее его занятие, мог стать садом радостей, и предлагаются образцы этого возвышенного и небезуспешно начатого предприятия».

А вот основоположником геронтологии можно считать немецкого врача Кристофа Вильгельма Гуфеланда. Надо сказать, что он назвал новую науку пробиотикой, а основные ее положения сформулировал в своем фундаментальном труде «Искусство продлить человеческую жизнь» (1797), в котором сформулировал представления о факторах, влияющих на долголетие, а также дал комплексные рекомендации по личной гигиене, труду, отдыху, их чередованию, режиму питания, борьбе с излишествами. Книга пользовалась большим успехом, неоднократно издавалась на русском языке, выдержав в период с 1805 по 1856 г. 5 изданий. Издавалась она и на многих европейских языках. В 1833 г. вышла книга Парфения Евгалычева «О продлении человеческой жизни».

Значительной вехой в развитии социальной геронтологии стало открытие английским статистиком Бенджамином Гомперцом (1825) логарифмической зависимости смертности от возраста, что по-

служило началом демографического направления геронтологии.

В 30-х годах XIX столетия в Германии появилась первая монография по гериатрии, отразившая современный подход, заключающийся в проведении сравнительного анализа течения патологии в среднем и пожилом возрасте. Автором книги «О заболеваниях в пожилом возрасте и их лечении» (1839) был немецкий врач С. Канстатта. Германия явилась и пионером в области государственного пенсионного страхования; которое было введено в ней в 1881 г., но пенсия начинала выплачиваться с 70 лет и это при том, что средняя продолжительность жизни в стране в то время составляла 55 лет.

Особое место в отечественной и мировой истории изучения процессов старения заняло массовое обследование престарелых, проведенное в Петербурге в 1889 г. крупнейшим русским клиницистом С.П. Боткиным. Анализ результатов, полученных при обследовании свыше 2000 пожилых и стариков, явился значительным вкладом в развитие клинической геронтологии и гериатрии. Впервые С.П. Боткиным было научно обосновано разделение старости на физиологическую и патологическую, доказана возможность наступления естественного старения при высоком качестве жизни (без тяжелых инвалидизирующих заболеваний). Мысль С.П. Боткина о непосредственной зависимости разных форм старения от условий внешней среды была новой для того времени и весьма важной с точки зрения правильной трактовки причин старения. Взгляд на старость как на естественный процесс, а не как на патологию открывал новые горизонты перед возможностью влиять на формирование активного долголетия.

Термин «геронтология» ввел в научный обиход выдающийся отечественный ученый И.И. Мечников (1903), а термин «гериатрия» – американец И.Л. Нашер, которого многие авторы даже называют отцом гериатрии. В 1912 г. И.Л. Нашер основал Нью-Йоркское гериатрическое общество, а в 1914 г. издал руководство по заболеваниям старческого возраста.

Родоначальником столь модного сейчас направления гериатрии – антивозрастной медицины – можно считать знаменитого русского хирурга

С.А. Воронова, который в 1919 г. начал пересаживать мужчинам семенники человекообразных обезьян. Это были самые первые попытки гормонального омоложения.

Знаменательным для мировой и отечественной геронтологии явился 1938 г., когда академик А.А. Богомолец выступил с инициативой провести одну из первых конференций по геронтологии и гериатрии. В 1940-х годах XX века геронтология наиболее бурно развивалась в США. Было создано Американское гериатрическое общество, под эгидой которого вскоре стал издаваться один из первых в мире журналов по данной специальности «Journal of American Geriatric Society». В это же время выходит одна из первых монографий по проблемам старения (автор – американский ученый Е. Ковдри).

В 1950 г. в Льеже была создана Международная геронтологическая ассоциация, которая позже трансформировалась в Международную геронтологическую и гериатрическую ассоциацию (IAGG). В 1968 г. Роберт Бутлер (США) сформулировал основные положения эйджизма, т.е. дискриминации по возрастному принципу, что в значительной мере помогло обществу осознать свое отношение к пожилым гражданам.

Позже возникло представление о *гетерогенности* пожилой популяции; вначале исследователи в области геронтологии, а затем – и остальные люди стали отходить от стереотипа «типичный пожилой человек». Сегодня общепризнано, что часть общества в возрасте старше 60 лет весьма разнородна по состоянию здоровья, жизненной активности, преимущественно состоит из овдовевших женщин (с учетом разной продолжительности жизни женщин и мужчин), недооценивается по сравнению с людьми молодого и среднего возраста, обладает определенным, часто недооцениваемым, социальным потенциалом и нуждается в специальном подходе с точки зрения медицинской и социальной помощи.

Основы современной клинической гериатрии заложил английский гериатр и интернист Б.Исаакс, который сформулировал в середине 70-х годов XX века понятие «гериатрический синдром» (нестабильность и падения; недержание мочи и кала; нарушения передвижения; когнитивные расстройства – деменция, депрессия и делирий) и выделил основные направления синдромологической гериатрической помощи, принципиальной для продления жизни и повышения ее качества.

В это же время во Франции под руководством профессора К.Велласа был организован первый «Университет третьего возраста», в котором проводилось терапевтическое обучение людей пожилого возраста, нашедшее столь широкое распространение во всем мире, включая и нашу страну.

При высокой степени медико-социальной реабилитации и социализации пожилой человек видит

смысл жизни, строит планы на будущее, программу их реализации, сохраняет оптимизм; надо стимулировать у пожилых людей интерес к жизни; в старости важно сохранять толерантность, принимать особенности жизни более молодых людей; сохранять доброе отношение к окружающим: позитивно мыслить, инициировать положительные отношения в семье, стараться сохранять социальные связи; уметь радоваться даже, казалось бы, незначительным приятным событиям, высоко их ценить.

Основные принципы гериатрии:

- ориентация при проведении диагностических и лечебных мероприятий прежде всего на повышение качества жизни, улучшение функционального состояния человека пожилого и старческого возраста;
- повышение его функционального статуса;
- повышение значения нефармакологических методов воздействия, поскольку доказано, что у лиц пожилого и старческого возраста изменены фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных средств, что усиливает их побочные эффекты и снижает эффективность;
- индивидуализация медицинской помощи, так как у людей пожилого и старческого возраста клиническая картина заболеваний нередко характеризуется стертой, малосимптомностью;
- следует владеть приемами психотерапии, знать основы психологии старости и старения;
- при оказании медико-социальной помощи человеку пожилого и старческого возраста увеличивается социальная составляющая.

С точки зрения состояния функций организма выделяют следующие *типы старения*:

- *идеальное старение*; характеризуется высокой степенью сохранности функциональных резервов организма вплоть до последних дней жизни; в отношении таких пациентов важны адекватное динамическое наблюдение и меры геропротекции с применением немедикаментозных и поведенческих методов;
- *сохранное старение*; двигательная и трудовая активность постепенно угасает; при данном типе старения важно обеспечить своевременное выявление обострения/декомпенсации имеющийся патологии, а также новых заболеваний; используют меры геропротекции;
- *независимое старение*; наблюдается значительное снижение функциональной активности; при этом пациент способен осуществлять уход за собой, сохраняет независимость от посторонней помощи; в данном случае

необходима разработка программ медико-социальной реабилитации;

- старение с формированием астении; характеризуется лабильностью состояния здоровья и социальной активности; у таких людей имеется значительное количество хронических заболеваний, которые протекают с частыми обострениями и декомпенсациями; на этом этапе старения формируется значительная зависимость от посторонней помощи, высока потребность в мерах медицинской и социальной реабилитации; необходимо выявить основные заболевания, сопутствующие старению, и своевременно их купировать;
- старение с формированием частичной зависимости от посторонней помощи; имеет место низкий потенциал здоровья; человек существенно зависит от посторонней помощи; сохраняется лишь небольшой круг занятий, в пределах которого пациент самостоятелен; в данном случае возрастает роль социальных служб в поддержании нормальной жизнедеятельности; важно также выявить гериатрические синдромы, обеспечить реабилитацию с учетом функционального статуса пациента;
- старение с формированием полной и постоянной зависимости; наблюдается полная постоянная зависимость от посторонней помощи; пожилой человек прикован к постели; имеются тяжелые инвалидизирующие заболевания, например деменция; в отношении таких людей на 1-е место выходят меры социального плана, сестринского ухода, направленные на поддержание достойных условий существования;
- период умирания; необходима адекватная паллиативная помощь.

Основу современной гериатрии составляет концепция старческой астении («старческое одряхление», «старческая дряхлость» – от англ. *frailty*). Это специфическое состояние, которое может развиваться у человека пожилого и старческого возраста и характеризуется такими симптомами, как похудание (снижение массы тела не менее чем на 4,5 кг за год); нарушение походки; снижение мышечной силы и выносливости; снижение памяти; утрата прежних жизненных интересов; низкий уровень двигательной активности.

Старческая астения приводит к снижению качества жизни; она может развиваться в разные периоды жизни после 60 лет. Наступление старческой астении генетически запрограммировано, но оно может быть ускорено при развитии так называемых гериатрических синдромов, которых насчитывается более 65. Гериатрические синдромы (падения, головокружение, нарушение стула и пр.) являются объектом гериатрического вмешательства. Средний медицинский персонал часто наблюдает у пожилых

как аспирационный синдром (попадание частичек пищи или воды в дыхательные пути), хронический болевой синдром, пролежни, нарушение ориентации во времени и пространстве, сниженную температуру тела, нарушение сна, падения и др.

В число основных мер оказания помощи пациентам пожилого и старческого возраста прежде всего входит организация диспансерного наблюдения; разработка плана диспансеризации с целью предупреждения прогрессирования и развития осложнений старческой астении; подключение к осуществлению ухода не только медицинского персонала, но и социальных работников. Далее по степени важности следуют ревизия рациона больного, его оптимизация, исключение использования лекарственных препаратов, способствующих снижению аппетита. Необходима также коррекция психического статуса, в том числе – путем назначения антидепрессантов при наличии тревожно-депрессивной симптоматики.

Неотъемлемый компонент ведения пациента со старческой астенией – физическая реабилитация, целями которой являются обеспечение физической активности, создание мотивации к движению, укрепление мышечной силы и выносливости. И, наконец, обязательным представляется создание условий для сохранения чувства собственного достоинства, исключение насилия в физической или психологической форме. Знание медсестрами принципов гериатрической помощи позволит повысить ее уровень и сделать жизнь наших пожилых соотечественников более достойной.

Рекомендуемая литература

Александрова М.Д. Проблемы социальной и психологической геронтологии. – СПб., 2004.

Гериатрия в деятельности врача общей практики. Под ред. Н.Н. Насрединовой. – Ташкент, 2004. – 356 с.

Дементьева Н.Ф., Устинова Э.В. Роль и место социальных работников в обслуживании инвалидов и пожилых. – М., 2005.

Медведева Г.П. Введение в социальную геронтологию. – М.: Московский психолого-социальный институт; Воронеж: изд-во НПО «МОДЭК», 2000. – 96 с.

Процаев К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. – 778 с.

Руководство по геронтологии. Под ред. В.Н. Шабалина. – М.: Цитадель-Трейд, 2005. – 796 с.

CURRENT CONCEPT OF GERIATRICS IN NURSING

Prof. A.N. Initsky, Prof. K.I. Proshchaev

Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency, Moscow

The paper characterizes geriatrics as a science of aging and diseases in elderly and senile age, presents its basic developmental milestones and state-of-the-art, and denotes the current views of the role of a nurse in rendering medical care in geriatrics.

Key words: gerontology and geriatrics, nurse.