

**Активное долголетие
с высоким качеством
жизни населения России**

Врач-гериатр

к.м.н. Зорина Л.А.

Анализ демографических показателей многих европейских стран показывает устойчивые тенденции старения населения Европы

Население Российской Федерации на 01.01.2007 года составило **142,2 млн.** человек, из них **29,4 млн.** - население **старше трудоспособного возраста** (женщины старше 55, мужчины старше 60 лет), что составляет **20,6 %** от всего населения страны.

Среди **пожилого населения** (старше 60 лет) России **мужчины** составляют **27,9 %** (8,2 млн. человек), **женщины** – **72,1 %** (21,2 млн. человек).

К 2010 году численность граждан старшего поколения увеличилась по сравнению с 2004 годом почти **на 1 млн.** человек, к 2015 году увеличится на 3,1 млн. человек.

Определения

- **Геронтология** - раздел медико-биологической науки, изучающий явления старения живых организмов, в том числе – человека.
- **Гериатрия**- область клинической медицины, изучающая болезни людей пожилого и старческого возраста, разрабатывающая методы их лечения и профилактики.
- В соответствии с **классификацией ВОЗ** возраст:
 - 60-74 года - пожилой
 - 75 лет и старше – старческий
 - 90 лет и старше - долгожители



Нормативно-правовая база гериатрической службы

- В 1992 г. ООН определила практическую стратегию на десятилетие, озаглавленную «Глобальные цели по проблемам старения на период до 2001 года»
- В 2002 году в Мадриде состоялась вторая Ассамблея ООН по старению, на которой был принят и подписан всеми странами – членами ООН так называемый Мадридский международный план действий по старению. Смысловая основа - обеспечить каждому человеку безопасную и достойную старость вместе с возможностью продолжать участвовать в жизни общества.
- Конституция Российской Федерации
- Закон Российской Федерации об от 28.06.1991 №1499-1 «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации»
- Приказ Министерства здравоохранения РСФСР от 01.02.1991 №9 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов, отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц»

Нормативно-правовая база гериатрической службы

- Определяющим документом являются «**Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан**», утвержденные **Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 года за № 5487-1**.
- Так, **Статья 20** посвящена правам граждан на медико-социальную помощь: граждане при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях имеют право на медико-социальную помощь, которая включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами.

Нормативно-правовая база гериатрической службы

- В статье 12 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 года № 122-ФЗ прописаны права граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, в части оказания ухода, первичной медико-санитарной и стоматологической помощи. Социально-медицинское обслуживание на дому выделено в отдельную статью 18, согласно которой оно осуществляется специализированными отделениями.

Нормативно-правовая база гериатрической службы

- Приказом Минздрава России № 297 от 28.07.99 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации» перед органами управления здравоохранением субъектов Российской Федерации была поставлена задача создания гериатрической службы как целостной системы оказания медицинской помощи ПОЖИЛЫМ.

Приказ Минздрава России № 297 от 28.07.99 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации»

Основное положение включало:

- развитие сети гериатрических центров, больниц, госпиталей для ветеранов войн, создание отделений медико-социальной помощи пожилым в амбулаторно-поликлинических учреждениях для проведения больным старших возрастных групп и инвалидам лечебно-реабилитационных мероприятий, в том числе на дому
- подготовку врачебных и средних медицинских кадров для этих учреждений
- Данным Приказом в номенклатуру врачебных специальностей включена гериатрия, утверждено положение о **враче гериатре**.

Нормативно-правовая база гериатрической службы

- Приказ Минздравсоцразвития России от 25.07.2011 № 801н. Утверждена номенклатура должностей медицинских работников.

врач-гериатр

- Указ Президента Российской Федерации от 17.09.2008 №1370 «Вопросы Управления делами президента Российской Федерации»

Структура гериатрической службы

- В структуру гериатрической службы государственных учреждений в системе здравоохранения входят:

1. Амбулаторная помощь:

- гериатрические отделения на базе районной поликлиники,
- кабинеты врачей-гериатров в районных поликлиниках
- отделения медико-социальной помощи

2. Стационарная помощь:

- Гериатрический (геронтологические) центр
- гериатрические больницы
- гериатрические отделения многопрофильных стационаров
- больницы и отделения сестринского ухода многопрофильных стационаров

Основным гериатрическим учреждением г. Санкт-Петербург является **Городской гериатрический медико-социальный центр, относящийся к департаменту здравоохранения г. Санкт-Петербурга**

Стационар

- 3 отделения общей гериатрии
- отделение восстановительного лечения ортопедо-травматологического профиля
- отделение геронтопсихиатрии
- урологическое отделение
- хоспис
- отделение реанимации и интенсивной терапии

Поликлиника

- дневной стационар
- лечебно-консультативное отделение
- сурдологическое отделение
- отделение медико-социальной помощи на дому с диспетчерским центром «Тревожная кнопка»
- отделение медико-социальной реабилитации

Проблема ведомственной разобщённости в организации гериатрической службы (проблема дублирования)

Учреждения системы здравоохранения

- геронтологические и гериатрические центры
- дома сестринского ухода
- отделения медико-социальной помощи
- лечебно-профилактических учреждений
- хосписы

Учреждения соц.защиты населения

- геронтологические центры
- дома-интернаты милосердия для престарелых и инвалидов,
- пансионаты для ветеранов труда с отделениями «милосердия»
- социально-оздоровительные центры
- специализированные отделения социально-медицинского обслуживания на дому
- центры социального обслуживания
- «хосписы на дому»

Особенности заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста

- Уровень заболеваемости у пожилых людей в 2 раза, а в старческом возрасте – в 6 раз выше, чем среди людей молодого и среднего возрастов.
- Более 70% этой категории лиц имеют 4-5 и более хронических заболеваний.
- Наиболее часто: заболевания сердечно-сосудистой, нервной, эндокринной, кроветворной, костно-суставной систем, органов дыхания, пищеварения, глаз и уха.

Особенности заболеваемости лиц пожилого и старческого возраста

- полиморбидность
- хроническое течение заболеваний
- стертость клинической картины
- поздняя обращаемость за медицинской помощью
- изменившаяся фармакодинамика и фармакокинетика лекарственных препаратов
- вынужденная политерапия
- нередкая полипрагмазия в сочетании с фармакоманией
- сложное сочетание личных, бытовых, социальных и медицинских проблем.

Часто встречающиеся заболевания в пожилом возрасте

- **Артериальная гипертензия** (ухудшение эластических свойств сосудов)
- **Атеросклероз** (повышение липидов крови, повышение АД, наличие вирусов, иммунных комплексов и др.)
- **Деменция** (приобретенное слабоумие) – стойкое снижение познавательной деятельности с утратой ранее усвоенных знаний и практических навыков и невозможность приобретения новых). Старческий склероз (атеросклероз сосудов головного мозга) – основная причина деменции.
- **Болезнь Альцгеймера** – наиболее распространенная форма деменции, чаще обнаруживается у лиц старше 65 лет.

Часто встречающиеся заболевания в пожилом возрасте

- **Болезнь Паркинсона** - заболевание пожилых людей (70-80 лет).
- **Остеопороз** – повреждение костной ткани за счет потери кальция, что ведет к деформации и перелому костей. Женщины чаще мужчин страдают от остеопороза.
- **Увеличение ночного диуреза** – повышенная чувствительность сфинктеров, у мужчин – гипертрофия предстательной железы; у женщин – опущение и миома матки.
- **Недержание мочи** при смехе, чихании
- **Тревожные состояния** – может возникать без каких-либо причин, может быть ответом на стрессовую ситуацию

Часто встречающиеся заболевания в пожилом возрасте

- **Нарушение сна** – трудность засыпания, недостаточный сон, беспокойный сон с частыми пробуждениями (связаны с тревожным состоянием)
- **Ипохондрический синдром** – тревожная озабоченность состоянием своего здоровья, убеждение в наличии болезни при отсутствии действительного заболевания. «Уход от неудач в болезнь».
- **Депрессия** – общая подавленность, мрачные размышления, чувство тревоги, физический упадок, расстройство сна. Малая выразительность мимики, отсутствие живости, монотонно-приглушенный голос, тревожное беспокойство.

Часто встречающиеся заболевания в пожилом возрасте

- **Заболевания желудочно-кишечного тракта:** анорексия, метеоризм, боли в животе, запоры. Причины – выпадение зубов, ослабление вкусовых ощущений, атрофия слизистой оболочки желудка и кишечника, замедление перистальтики и др.

Психические расстройства у пожилых

- **Психические расстройства** у пожилых выявляются в зависимости от возраста в **40-70% случаев**. Основную часть (85%) из них составляют пограничные, непсихотические формы, неразрывно связанные с соматическими заболеваниями и с воздействием внешних психотравмирующих факторов.
- С возрастом повышается также число самоубийств, часто сопутствующих депрессии: суицидальные мысли свойственны 60% больных депрессией, 15% пациентов совершают попытку самоубийства
- Прогноз ВОЗ свидетельствует - психические заболевания будут среди ведущих причин инвалидизации.
- Основную нагрузку по обеспечению психиатрической помощью лиц пожилого возраста несут учреждения

Социально-значимые неинфекционные заболевания

- **Сердечно-сосудистые** заболевания – ГБ, ИМ, инсульт и др.
- **Желудочно-кишечные** – ЯБ, панкреатит, гепатит, функциональные заболевания тонкого и толстого кишечника
- **Онкологические**
- **Нервно-психические**
- **Болезни органов дыхания**
- **Болезни обмена веществ** – СД, ожирение

Социально-экономические проблемы пожилых и старых

- **Социальные проблемы** пожилых и старых людей – одиночество, изоляция, смерть близких, отсутствие социальной поддержки и общения
- **Экономические** – низкие доходы – несбалансированное питание

Факторы риска развития основных хронических неинфекционных заболеваний -ХНИЗ (рекомендации и ВОЗ)

■ **Модифицируемы** (управляемые) – изменения, которые можно регулировать

1. курение табака
2. злоупотребление алкоголем
3. низкий уровень потребления овощей и
4. фруктов
5. малоподвижный образ жизни

■ **Немодифицируемы**

1. возраст
2. пол
3. генетическая предрасположенность

Факторы риска ХНИЗ

КУРЕНИЕ

- Ежегодно вследствие курения умирают 3,5 млн. человек (10 тыс. смертей в день)
- Никотин – яд, действующий на мозг, сердце, легкие и др. жизненно важные органы
- Доказана радиоактивность табачного дыма, проникая в бронхи вызывает злокачественные опухоли легких (помимо ХБ и БА)
- Смертность курильщиков от ХБ эмфиземы в 15-25 раз выше, чем у некурильщиков.
- Табак нейтрализует действие вит. С (восстановить баланс – съесть ежедневно 20 апельсин)
- ФР заболеваний ЖКТ – ЯБ, ХГ
- Ухудшает течение СД, ослабление слуха, способствует развитию кариеса, подавляет иммунитет, нарушает свертываемость крови

Факторы риска ХНИЗ

ЗЛОУПОТРЕБЛЕНИЕ АЛКОГОЛЕМ

- «Сгорание» 1 г этанола – 7 ккал, почти в 2 раза больше. Чем при «сгорании» белков и углеводов
- Вызывает психические и соматические нарушения (особенно ССС: АГ, аритмия, кардиомиопатия, инсульт)
- Повышает частоту рака ЖКТ (цирроз-рак печени) и дыхательной системы
- Снижает запас витаминов С и В (нейропатии)

Факторы риска ХНИЗ

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ОВОЩЕЙ и ФРУКТОВ

- Здоровое питание – питание, обеспечивающее нормальный рост, развитие человека, способствует укреплению здоровья, профилактике заболеваний и продлению жизни.
- Увеличение риска связано:
 1. с высоким содержанием в пище насыщенных жирных кислот, холестерина; потреблением рафинированного сахара, соли и калорий
 2. недостатком полиненасыщенных жирных кислот (ЖК), сложных углеводов и клетчатки, витаминов, минералов
- Избыток соли – отечный синдром, повышение АД

Факторы риска ХНИЗ

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ОВОЩЕЙ и ФРУКТОВ

- Избыток насыщенных ЖК – нарушение липидного обмена (атеросклероз - ИБС, мозговой инсульт)
- Насыщенные ЖК – повышают синтез тромбоксана - повышение АД
- Контроль уровня ОХС – менее 5,0 ммоль/л
- Избегать приема «тяжелой» пищи на ночь (усиливается свертываемость крови от 2 до 8 часов, следующих за едой)
- Недостаток клетчатки (увеличивается время транзита по кишке и время действия эндогенных канцерогенов) – риск развития рака толстой кишки

Факторы риска ХНИЗ

НИЗКИЙ УРОВЕНЬ ПОТРЕБЛЕНИЯ ОВОЩЕЙ и ФРУКТОВ

- Избыток простых углеводов, недостаток клетчатки – риск развития ИМТ, ожирение, СД
- Ожирение – ФР развития ССЗ, СД типа 2, различных форм рака.
- Избыточный вес – чрезмерная нагрузка на сердце, сердечные приступы, маркер атеросклероза.
- Необходим контроль за массой тела! Снижение плавное – 0,5 – 1,0 кг в неделю.
- Для снижения веса – диета низкой калорийности и повышение физической активности.
- Установлено – употребление 400 г овощей и фруктов ежедневно снижает риск ССЗ на 30%

Факторы риска ХНИЗ

МАЛОПОДВИЖНЫЙ ОБРАЗ ЖИЗНИ (ГИПОДИНАМИЯ)

- При низкой физической активности – ХНИЗ развиваются в 1,5-2,4 раза чаще, чем у людей, ведущих активный образ жизни.
- Для профилактики заболеваний и укрепления здоровья – регулярные физические упражнения (регулярные ритмические сокращения больших групп мышц) : быстрая ходьба, бег трусцой или на месте, езда на велосипеде, плавание, ходьба на лыжах и пр.
- Больше ходить пешком!!!
- Физические упражнения с наклонами – улучшают функцию почек.

Факторы риска ХНИЗ

- **Оптимальным подходом к снижению риска развития ХНИЗ 0 коррекция всех основных факторов риска**

Социально-экономические проблемы пожилых и старых

- **Социальные проблемы** пожилых и старых людей – одиночество, изоляция, смерть близких, отсутствие социальной поддержки и общения
- **Экономические** – низкие доходы – несбалансированное питание

Оказание медицинской и медико-социальной помощи пациентам старших возрастных групп

- В настоящее время медико-социальное обслуживание пожилых пациентов **на дому** рассматривается как **наиболее перспективная форма**.
- В связи с интегрированным подходом к оказанию **надомных медико-социальных услуг**, имеется также практика создания службы **«Хоспис на дому»** для оказания помощи онкологическим больным и их семьям.
- Медико-социальное обслуживание пожилых людей в **полустационарных условиях** относится также к числу прогрессивных технологий: деятельность **дневных стационаров** - лечебных учреждений, в которых проводится обследование, лечение, уход, питание в дневное время.
- **Дневной полустационар**— это посещение **2-3** раза в неделю для прохождения интенсивного лечения.

Перспективы развития медико-социального обслуживания пациентов старших возрастных групп

- Широкое использование **дневных стационаров и полустационаров** влечёт за собой значительную экономию больничных расходов и существенно улучшает доступность и качество оказания медицинской помощи.
- Видное место в структуре геронтологической службы занимают **социально-оздоровительные центры (СОЦ) или социально-реабилитационные центры**. Они больше похожи на стационарные санаторно-курортные учреждения. Базой для них становятся бывшие санатории-профилактории, дома отдыха, пансионаты и пионерские лагеря, которые по разным причинам прекратили свою деятельность, а их помещения были переданы в систему социальной защиты населения.

Шабалин В.Н., 2010

Перспективы развития медико-социального обслуживания пациентов старших возрастных групп

- **Стационарное медико-социальное обслуживание пожилых пациентов**, несмотря на развитие амбулаторных и полустационарных форм, требует дальнейшего расширения в связи с высокой потребностью пожилых в госпитализации. **Сеть стационаров медико-социального обслуживания**, в которых проживают пожилые люди, на 01.01.07 г. в РФ была представлена 1278 учреждениями, из них: 56% – дома-интернаты (ДИ) для престарелых и инвалидов (общего типа); 36% – психоневрологические интернаты (ПНИ); 7% – дома-интернаты милосердия (ДИМ) для престарелых и инвалидов; 2% – геронтологические (геронтопсихиатрические) центры (ГЦ).

Шабалин В.Н., 2010

Перспективы развития медико-социального обслуживания пациентов старших возрастных групп

- Для решения проблемы **охраны психического здоровья пожилых** требуется создание **системы геронтопсихиатрической помощи** населению, в состав которой должны входить:
 - - геронтопсихиатрические кабинеты в структуре амбулаторных учреждений общего профиля;
 - - геронтопсихиатрические подразделения в структуре психоневрологических диспансеров;
 - - геронтологические отделения в психиатрических стационарах;
 - - психосоматические геронтологические отделения в стационарах общего профиля;
 - - структуры социально-психологической помощи