

УДК 614.2:616-053.9

DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD71284>

## Гериатрическая медицина: достижения и перспективы

Е.В. Фролова

Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, Россия

Статья представляет собой лекцию об истории развития и современном состоянии гериатрической медицины. Цель лекции — рассмотреть этапы становления гериатрии как научной и клинической дисциплины и обосновать ее значимость. В лекции даны определения таким понятиям, как холистический подход, комплексная гериатрическая оценка, гериатрический синдром. Описана роль основателей международной и отечественной гериатрии, в том числе М. Уоррена, Б. Айзекса, Д. Шелдона, И.И. Мечникова, В.Н. Анисимова, Э.С. Пушкова. Рассмотрены различные направления гериатрической медицины и проанализированы результаты научных исследований. Описаны основные принципы ортогериатрического подхода, который становится определяющим для успешного лечения пожилых пациентов с переломами, а также особенности гериатрической реабилитации и гериатрической кардиологии. В заключение автор предлагает несколько моделей развития гериатрической медицины.

**Ключевые слова:** гериатрическая медицина; гериатрический синдром; комплексная гериатрическая оценка; периоперационная оценка пожилого пациента; ортогериатрия; модели развития гериатрической медицины.

### Как цитировать:

Фролова Е.В. Гериатрическая медицина: достижения и перспективы // Российский семейный врач. 2021. Т. 25. № 3. С. 7–16.  
DOI: <https://doi.org/10.17816/RFD71284>

Цель лекции — рассмотреть этапы становления гериатрии как научной и клинической дисциплины и обосновать ее значимость. Лекция предназначена для врачей общей практики, студентов медицинских вузов, а также всех специалистов, занимающихся лечением пожилых людей.

**История развития гериатрической медицины** насчитывает не так много лет. Однако в ее становлении принимали участие многие выдающиеся врачи и исследователи. Первый, о ком следует упомянуть, — Игнац Лео Нашер (Ignatz Leo Nascher), американский врач австрийского происхождения. Он призывал к созданию отдельной дисциплины, сосредоточенной на проблемах пожилых людей, аналогичной педиатрии для обследования детей [1]. И.Л. Нашер обратил внимание на особенности назначения пожилым пациентам лекарств, например, антидепрессантов. В 1909 г. он впервые использовал слово «гериатр», происходящее от двух греческих слов: *iатros* (целитель) и *герос* (старик).

В 1943 г. в Британском медицинском журнале появилась статья Марджори Уоррен (Margory Warren) — врача, которую мы до сих пор называем «матерью» гериатрии [2]. Статья была итогом клинических наблюдений М. Уоррен в госпитале в Южном Лондоне, который был переполнен пожилыми пациентами, не получающими эффективного лечения. М. Уоррен впервые предложила ввести в клиническую практику особый подход к стационарной помощи пожилым людям, поскольку, по ее мнению, они имели специфические потребности, отличные от потребностей пациентов более молодого возраста. Она разделила пожилых пациентов на 5 групп:

- пациенты с хроническими заболеваниями, но относительно мобильные, которые могут обслуживать себя самостоятельно и просить помощи только при подъеме по лестницам;
- пациенты с хроническими заболеваниями и недержанием мочи;
- лежачие пациенты с хроническими заболеваниями и недержанием мочи;
- пациенты с деменцией или спутанностью сознания, которым необходимы кровати с ограничителями для их собственной безопасности, но не буйные и не раздражающие других пациентов;
- пациенты с деменцией, которых следует изолировать от других пациентов.

Модель лечения пожилых пациентов, предложенная М. Уоррен, базировалась на:

- уходе за ногами;
- уходе за зубами;
- коррекции зрения;
- коррекции питания;
- нормализации сна;
- профилактике снижения способности к самообслуживанию в повседневной жизни.

Затем М. Уоррен предложила ввести такую специальность, как гериатр, и создать многопрофильную команду, состоящую из медсестер, терапевтов, физиотерапевтов, социальных работников и врачей других профилей, подготовленных для работы с пожилыми пациентами, и оборудовать пространства клиник с учетом особых потребностей таких больных. Будучи пионером в реабилитации пожилых людей, М. Уоррен умела консультировать коллег, и в особенности проявляла интерес к обучению медицинских сестер. Множество ее идей остаются ведущими в современной гериатрической практике.

Если М. Уоррен мы называем «матерью» гериатрии, то Джозеф Шелдон (Joseph Sheldon) по праву зовется ее отцом. Будучи консультантом госпиталя, он занимался проблемами амбулаторной гериатрии и подчеркивал важность сохранения навыков самоухода, а также лечения недержания, нарушений слуха, болезней стопы. Проявляя интерес к проблемам мобильности, он обнаружил, что 11 % пожилых людей прикованы к постели, и рекомендовал сделать физиотерапию на дому стандартом лечения. Также он выступал за профилактику падений, в частности, говорил о необходимости хорошего освещения и установки поручней — эти важные принципы и сегодня не устарели [3].

**История российской гериатрии** начинается с Ильи Ильича Мечникова, который впервые назвал науку о старении геронтологией. Многих российских ученых интересовало продление жизни. Среди них нужно отметить А.А. Богомольца, В.В. Фролькиса, Д.Ф. Чеботарева, З.Г. Френкеля, В.Н. Дильмана, И.И. Лихницкую, работавших в разное время в XX в., но вместе построивших фундамент учения о продлении жизни, проблемах старения, принципах долгожительства. В наше время известным ученым в этой области является В.Н. Анисимов, доктор медицинских наук, профессор, член-корреспондент Российской академии наук, заслуженный деятель науки Российской Федерации. Его многочисленные признанные мировым сообществом работы посвящены проблемам профилактики и этиологии старения, вопросам канцерогенеза [4–6]. Созданное ведущими учеными страны Геронтологическое общество активно исследовало проблемы старения. В 1981 г. была начата большая общесоюзная отраслевая программа научных исследований «Продление жизни», создан научный совет Академии медицинских наук СССР по проблеме «Геронтология и гериатрия». В 1986 г. в Ленинградском государственном институте для усовершенствования врачей, предшественнике Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, была открыта кафедра гериатрии.

Основоположником гериатрии в Санкт-Петербурге по праву можно считать Эллу Соломоновну Пушкинову. Именно она способствовала открытию Городского гериатрического медико-социального центра в 1994 г. и создала гериатрическую службу, которая открывает гериатрические

отделения и кабинеты в разных районах города, обучает врачей-гериатров, медицинских сестер и социальных работников. Впервые в стране она внедрила комплексную гериатрическую оценку, в том числе в виде выездной службы, которая действует в Приморском, Колпинском и Адмиралтейском районах. Комитет по здравоохранению поддержал инициативу по внедрению комплексной оценки, утвердив ее специальным распоряжением в 2007 г.

В 2015 г. Министерство здравоохранения России назначило на должность главного внештатного специалиста-гериатра Ольгу Николаевну Ткачеву, доктора наук, профессора. А в 2016 г. был издан Приказ № 38н МЗ РФ, утверждающий Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия». С этого момента мы начинаем новый этап развития российской гериатрии.

**Холистический подход.** На чем же основана гериатрическая медицина? Ее основа — холистический подход. В Древней Греции ученый Гераклит сформулировал понятие «холизм» от слова *holon* (цельность, целостность). Он сказал: «Из одного — всё, из всего — одно». В современной медицине понятие «холистический подход» подразумевает лечение не болезни, а человеческого организма в целом.

Опытный медицинский работник знает, насколько сложно бывает оценить состояние пожилого больного, понять основную причину ухудшения его здоровья, найти с ним контакт, назначить эффективное лечение и контролировать его действия. Почему так происходит? Традиционный подход в медицине мы называем болезнью-ориентированным. Это означает, что мы обследуем и лечим пациента в соответствии с его жалобами, добиваясь улучшения его состояния.

У пожилых пациентов есть нарушения функционирования многих органов и систем. Однако проявления этих нарушений не всегда представлены в виде легко узнаваемых признаков заболевания. Кажущиеся источником симптомов и проблем системы и органы на самом деле могут им не являться. Традиционные программы обучения в медицинских вузах и колледжах все еще направлены на выполнение физикального осмотра, данные которого должны быть зафиксированы в медицинской документации. Однако эти данные не содержат информацию о том, имеется ли у пациента какое-либо функциональное нарушение. Например, они не показывают, может ли пациент передвигаться и переодеваться без посторонней помощи, сохранены ли у него функции тазовых органов и т. д.

Клинические рекомендации, являющиеся основой для принятия врачебных решений, далеко не всегда могут быть полезны при работе с пожилыми людьми. Редко в клинические исследования включают пациентов старше 65 лет. Рекомендации дают в отношении ведения одного заболевания, а для пожилых пациентов характерны полипатология и полиморбидность.

Как выявить лиц пожилого возраста, нуждающихся в комплексе медицинских услуг? Кому в первую очередь

нужна помощь и в каком объеме? Как правильно распределить ресурсы здравоохранения? Кто может эффективнее определить группу наиболее уязвимых пожилых пациентов? Оценка всех проблем пожилого человека, не исключая социальные, бытовые, психические, эмоциональные, — это и есть холистический подход. При физикальном осмотре, даже тщательно выполненном, дефицит многих функций не виден, что препятствует постановке диагноза и назначению адекватного лечения.

Существуют общепринятые гериатрические мероприятия для оценки функционального статуса пожилых пациентов, которая должна стать важнейшим аспектом оценки состояния пациента. Поэтому гериатрам необходимо владеть холистическим подходом. Этот подход базируется на комплексной гериатрической оценке, а также на понятии «гериатрический синдром», введенном в 1909 г.

В середине XX в. врач из Великобритании Бернард Айзекс (Bernard Isaacs) выделил четыре синдрома, которые он назвал «гериатрическими гигантами» — *immobility* (ограничение мобильности), *instability* (трудность поддержания равновесия), *incontinence* (недержание) и *intellectual impairment* (когнитивные нарушения). Первоначально гериатрический синдром определяли как «периодически развивающиеся у людей пожилого возраста состояния, которые могут быть спровоцированы инсультом и часто связаны с последующим функциональным снижением» [7].

К гериатрическим синдромам относятся:

- старческая астения;
- деменция;
- делирий;
- депрессия;
- синдром поведенческих и психических нарушений у пациентов с деменцией;
- остеопороз;
- саркопения;
- функциональные нарушения;
- снижение мобильности;
- нарушение равновесия;
- головокружение;
- ортостатический синдром (ортостатический гипотония, ортостатическая тахикардия с симптомами или без них);
- снижение зрения;
- снижение слуха;
- недержание мочи / кала;
- констипационный синдром;
- недостаточность питания (мальнутриция);
- обезвоживание;
- хронический болевой синдром.

Все гериатрические синдромы связаны между собой — появление и развитие одного может усугублять риск развития другого. Исследование показало, что у пожилых больных риск падений усиливается при наличии когнитивных нарушений, недержания мочи и недостаточности