

*На правах рукописи*

**ЗАХАРОВА  
Ирина Семёновна**

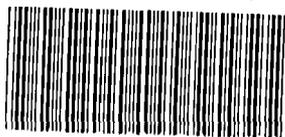
**ОПТИМИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА  
ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ  
У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА,  
ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ**

**14.01.30 – геронтология и гериатрия**

**Автореферат**  
диссертации на соискание ученой степени  
кандидата медицинских наук

13 МАЙ 2015

**Санкт-Петербург – 2015**



**005568747**

Работа выполнена на кафедре факультетской терапии Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего профессионального образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Министерства образования и науки Российской Федерации

**Научный руководитель:**

доктор медицинских наук, доцент  
**Ильницкий Андрей Николаевич**

**Официальные оппоненты:**

**Потапов Владимир Николаевич** – доктор медицинских наук, профессор, Государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Российская медицинская академия последиplomного образования» Министерства здравоохранения Российской Федерации, профессор кафедры гериатрии и медико-социальной экспертизы.

**Иванова Майса Афанасьевна** - доктор медицинских наук, профессор, Федеральное государственное бюджетное учреждение «Центральный научно-исследовательский институт организации и информатизации здравоохранения» Министерства здравоохранения Российской Федерации, главный научный сотрудник отделения организации планирования и управления научными исследованиями.

**Ведущая организация:** Государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Смоленский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Защита диссертации состоится «25» мая 2015 г. в 13.00 часов на заседании диссертационного совета Д 601.001.01 при Санкт-Петербургском институте биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН по адресу: 197110, Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в фундаментальной библиотеке Санкт-Петербургского института биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН (197110, Россия, Санкт-Петербург, пр. Динамо, д. 3).

Автореферат разослан «23» апреля 2015 г.

Ученый секретарь  
диссертационного Совета  
доктор биологических наук,  
профессор

Козина Людмила Семеновна

## ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

### Актуальность темы диссертации

В настоящее время в домах-интернатах различного профиля (общего профиля, психоневрологических интернатах, домах для пожилых граждан малой вместимости) проживает более 400 тыс. человек преклонного возраста. Согласно данных клинико-эпидемиологических исследований, в среднем один пожилой человек, проживающий в доме-интернате, имеет от 5 до 11 зарегистрированных заболеваний [Архипов И.В.]. Как известно, наличие нескольких хронических болезней повышает риск возникновения неотложных состояний у этого контингента пациентов. Однако в пожилом и старческом возрасте при многих заболеваниях и связанных с ними неотложных состояниях характерны малая выраженность, необычность клинических проявлений и множественность патологии [Захарова Н.О.]. С другой стороны, само по себе снижение резервных и адаптационных возможностей организма пожилого человека обуславливает увеличение частоты развития неотложных состояний в пожилом и старческом возрасте [Котельников Г. П., Яковлев О. Г.].

Таким образом, контингент домов-интернатов представляет собой повышенную группу риска по развитию неотложных состояний и их частоте. Но штатное расписание большинства учреждений данного типа предусматривает наличие врачей только в дневное время, зачастую на основе совместительства. Круглосуточное медицинское наблюдение осуществляется средним медицинским персоналом (медицинскими сестрами). При этом, согласно приказа Министерства социальной защиты населения Российской Федерации от 28 июля 1995 г. № 170, в домах для пожилых граждан первичная медицинская помощь должна оказываться круглосуточно, при возникновении экстренных состояний – с участием специалистов закрепленных лечебно-профилактических учреждений органов здравоохранения, причем ее организации утверждается органом управления здравоохранением и органом социальной защиты населения субъектов Федерации, территорий, входящих в субъекты Федерации. Таким образом, в домах для пожилых граждан и инвалидов возрастает роль среднего медицинского персонала в оказании медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста при неотложных состояниях.

На сегодняшний день подходы к действиям при неотложных состояниях разработаны для врачебной помощи, доврачебной помощи, осуществляемой фельдшерами и к доврачебной помощи, осуществляемой медицинскими сестрами в учреждениях, где работают врачи. Научно обоснованных подходов к действиям медсестер при неотложных состояниях, возникающих у граждан, проживающих в домах-интернатах, нет. В этом вопросе значительная роль должна быть отведена средним медицинским работникам [Шабалин В.Н.]. Специфика оказания неотложной помощи, осо-

бенно в гериатрии, заключается в необходимости быстрой оценки ситуации, распознавании угрожающих жизни состояний, скорейшего обеспечения врачебной помощью, что особенно важно в преклонном возрасте, на фоне быстрой оценки полиморбидного фона.

Перспективной разработкой таких подходов представляется на основе концепции сестринского процесса, состоящего из нескольких этапов, - метода научно обоснованных и осуществляемых на практике действий медицинской сестры по оказанию помощи пациентам. Однако при неотложных состояниях в силу их особенностей, несколько этапов сестринского процесса (или даже все) могут проходить параллельно, что на сегодняшний день не находит отражения в действующих алгоритмах [Рязанцева В.Н.].

Если раньше организация доврачебной помощи основывалась преимущественно на выполнении назначений врача и уходе, то сейчас средние медицинские работники должны активно участвовать в поддержании здоровья, предупреждении заболеваний, а также уметь оказывать на высоком уровне компетенции неотложную помощь, в то же время не подменяя при этом функции врачей [Новокрещенова И. Г.; Bischoff A. и соавт.]. Эти тенденции нашли отражение в отраслевой программе развития доврачебной помощи в Российской Федерации на среднесрочную перспективу, которая предусматривает повышение качества медицинской помощи путем рационального использования потенциала средних медицинских работников, совершенствование организационно-методической базы их деятельности [Перфильева Г.М.; Новокрещенова И.Г.; Матвейчик Т.В.].

Все вышесказанное свидетельствует об актуальности углубленного изучения проблем оказания качественной медицинской помощи пожилым лицам и старым людям на доврачебном этапе в условиях домов-интернатов и необходимости оптимизации сестринского процесса.

#### **Цель исследования**

Цель работы – разработать пути оптимизации сестринского процесса при неотложных состояниях у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах.

#### **Задачи исследования**

1. Изучить клиническую эпидемиологию неотложных состояний у людей разных возрастных групп, проживающих в домах-интернатах.
2. Изучить особенности симптоматики неотложных состояний у пациентов пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах.
3. Выявить наиболее распространенные симптомокомплексы неотложных состояний у больных пожилого и старческого возраста как основы построения сестринского процесса.
4. Разработать и оптимизировать алгоритм действий средних медицинских работников при оказании неотложной помощи в домах-интернатах людям пожилого и старческого возраста.

5. Научно обосновать эффективность разработанных путей оптимизации сестринского процесса при неотложных состояниях у людей пожилого и старческого, проживающих в домах-интернатах.

#### **Научная новизна работы**

В работе впервые проанализированы данные о частоте неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах.

Впервые выявлены возрастные отличия в структуре распространения неотложных состояний среди проживающих в домах-интернатах. Показано, что основную долю среди неотложных состояний у людей всех возрастных групп, требующих госпитализации, составляют состояния пульмоаллергологического, кардиологического, гастроэнтерологического и хирургического профилей, не было выявлено возрастных отличий в распространенности патологии. В то же время, в пожилом и старческом возрасте достоверно чаще в возрастном аспекте встречались неотложные состояния уронефрологического и неврологического профилей, в среднем возрасте – неотложные состояния эндокринологической группы.

Впервые показаны отличия в частоте неотложных состояний, требующих госпитализации, у людей, проживающих в домах-интернатах и в домашних условиях. Показано, частота возникновения неотложных состояний, требующих госпитализации, в пожилом и старческом возрасте достоверно выше, а в среднем возрасте достоверно ниже, чем среди проживающих в домашних условиях.

Отличительной особенностью неотложных состояний в пожилом и старческом возрасте является большая степень выраженности сопутствующей соматической патологии, исключение составляет сердечно-сосудистая патология при неврологических неотложных состояниях, которая в сравниваемых возрастных группах встречалась с равной частотой.

В возрастном аспекте для пожилого и старческого возраста характерно превалирование следующих неотложных состояний: бронхообструктивный синдром на фоне хронической обструктивной болезни легких, острая задержка мочи на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы и катетеризации мочевого пузыря, а также транзиторная ишемическая атака, инфаркт мозга и внутримозговое кровоизлияние. Для среднего возраста характерна достоверно большая распространенность таких неотложных состояний как контактный аллергический дерматит, нефрологические неотложные состояния – обострение мочекаменной болезни, острый нефротический синдром, острый пиелонефрит. Также достоверно чаще у лиц среднего возраста встречаются эндокринологические неотложные состояния, а именно тиреотоксические кризы и острые эпизоды гипотиреоза при самостоятельной отмене заместительной гормональной терапии.

При изучении особенностей симптоматологии неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста выявлено, что наиболее универсальными и ненозоспецифическими симптомами являются общая слабость, боль в животе, одышка, боль в грудной клетке, сухость во рту, головная боль.

Впервые введен в сестринский процесс этап скрининга неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах.

Впервые предложен универсальный подход к содержанию этапа сестринского диагноза при построении сестринского процесса при неотложных состояниях у людей пожилого и старческого возраста в домах-интернатах, основанный на выделении ведущего симптомокомплекса, в частности, «общая слабость», «головная боль», «боль в животе», «одышка», «боль в грудной клетке», «сухость во рту», которые достоверно повышают качество сестринского процесса на догоспитальном этапе оказания гериатрической помощи при неотложных состояниях.

#### **Практическая значимость работы**

Внедрение результатов исследования в деятельность домов-интернатов позволило оптимизировать оказание догоспитальной помощи людям пожилого и старческого возраста, рационализировать привлечение медицинских сестер к оказанию неотложной медицинской помощи с учетом специфики патологии пожилого и старческого возраста, уменьшить временной интервал от начала возникновения неотложного состояния до госпитализации пациента, снизить количество необоснованных направлений и госпитализаций людей пожилого и старческого возраста в круглосуточные стационары.

#### **Основные положения диссертации, выносимые на защиту**

1. В структуре причин неотложных состояний у лиц пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах, требующих госпитализации в круглосуточный стационар, ведущее место занимают бронхообструктивный синдром на фоне хронической обструктивной болезни легких, острая задержка мочи на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной железы и катетеризации мочевого пузыря, транзиторная ишемическая атака, инфаркт мозга и внутримозговое кровоизлияние.

2. При осуществлении сестринского процесса в условиях домов-интернатов на этапе сестринского диагноза необходимым является объективирование наиболее часто встречающихся симптомокомплексов, а именно «общая слабость», «головная боль», «боль в животе», «одышка», «боль в грудной клетке», «сухость во рту».

3. В условиях оказания медицинской помощи в домах-интернатах необходимо видоизменять сестринский процесс, вводя этап скрининга неотложных состояний у проживающих граждан пожилого и старческого возраста. При этом эффективный скрининг заключается для лиц без огра-

ничений жизнедеятельности и с минимальными ограничениями - в двукратном в день опросе, для лиц с выраженными ограничениями жизнедеятельности – в опросе и измерении витальных функций (уровень сознания, артериальное давление, частота сердечных сокращений, частота дыхательных движений).

4. Внедрение оптимизированного сестринского процесса в дома-интернаты, где проживают люди пожилого и старческого возраста, позволяют уменьшить временной интервал от начала возникновения неотложного состояния до госпитализации пациента, снизить количество необоснованных направлений и госпитализаций людей пожилого и старческого возраста в круглосуточные стационары.

#### **Связь с научно-исследовательской работой института**

Диссертационная работа выполнена в соответствии с основным планом НИР медицинского факультета ФГАОУ ВПО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» Минобрнауки РФ.

#### **Апробация и реализация результатов**

Материалы диссертации доложены и обсуждены на конференции «Инновационная медицина – клинической практике» (Киев, 2007), «Амбулаторная медицина – 2007» (Новополоцк, 2007), Геронтологической конференции молодых ученых (Белгород, 2007), Конференции «Медицинские, социальные технологии и качества жизни» (Прага, 2009), 3-й международной научно-практической конференции «Геронтологические чтения – 2010» (Белгород, 2010), Респ. конф., посв. Дню пожилого человека (Минск, 2013). Материалы диссертации используются при подготовке студентов медицинского факультета Белгородского государственного университета, при реализации программ последипломного образования на кафедре терапии и патологии пожилого возраста Института повышения квалификации ФМБА России, в практической деятельности Шебекинского дома-интерната для пожилых граждан и инвалидов, Борисовского психоневрологического интерната № 1.

#### **Личный вклад автора**

При проведении исследования автором лично определены цель и задачи, проанализирована отечественная и зарубежная литература по проблеме оказания доврачебной помощи в гериатрии, разработаны методические подходы к проведению диссертационной работы. Автор непосредственно произвел сбор данных, обработку и обобщение полученных материалов, подготовку основных публикаций по выполненной работе, написание и оформление рукописи диссертации и автореферата. Личный вклад автора составляет 85%.

## Публикации

По материалам диссертации опубликовано 14 работ, из них - 6 статей в журнале из перечня ВАК Минобразования РФ, 1 статья в других изданиях, 7 тезисов докладов.

## Структура и объем диссертации

Диссертация представлена на 115 страницах, содержит 18 таблиц, 9 рисунков, состоит из введения, обзора литературы, 5 глав результатов собственных исследований, выводов, практических рекомендаций, списка использованной литературы из 201 источника (в т.ч. 121 – иностранных авторов).

## МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Исследование состояло из следующих частей.

### 1. Изучение вопросов возрастной клинической эпидемиологии неотложных состояний у людей, проживающих в домах-интернатах.

Базовыми домами-интернатами были Шебекинский дом-интернат для престарелых и инвалидов, Борисовский психоневрологический интернат № 1, Новооскольский дом-интернат для престарелых и инвалидов, Борисовский дом-интернат для престарелых граждан и инвалидов. Госпитализации осуществлялись в Шебекинскую, Борисовскую и Новооскольскую центральные районные больницы, а также в городскую клиническую больницу № 1 г. Белгорода.

В указанных домах-интернатах на момент проведения исследования проживало 1115 человек среднего, пожилого и старческого возраста, в т.ч. - людей среднего возраста от 45 до 59 лет – 216 чел. (средний возраст  $52,2 \pm 3,3$  года, мужчин – 157 чел., женщин – 59 чел.); - людей пожилого и старческого возраста от 60 до 89 лет – 899 чел. (средний возраст  $74,3 \pm 6,2$  года, мужчин – 251 чел., женщин – 648 чел.).

Для сравнения была изучена клиническая эпидемиология неотложных состояний среди проживающих в домашних условиях на десяти терапевтических участках поликлиники № 1 г. Белгорода и поликлинических отделений Борисовской и Шебекинской центральных районных больниц. Госпитализации осуществлялись в Шебекинскую, Борисовскую центральные районные больницы и в городскую клиническую больницу № 1 г. Белгорода.

На указанных терапевтических участках на момент проведения исследования проживало 18002 человека среднего, пожилого и старческого возраста, в т.ч.:

- людей среднего возраста от 45 до 59 лет – 11704 чел. (средний возраст  $54,4 \pm 4,4$  года, мужчин – 5151 чел., женщин – 6553 чел.);  
- людей пожилого и старческого возраста от 60 до 89 лет – 6298 чел. (средний возраст  $71,3 \pm 5,8$  года, мужчин – 2056 чел., женщин – 3952 чел.);

В течение одного календарного года среди проживающих в домашних условиях было зарегистрировано 1494 неотложных состояния (740 случаев у людей среднего возраста и 754 случая у людей пожилого и старческого возраста). Люди молодого возраста и долгожители были исключены из исследования.

Сплошным методом были изучены случаи госпитализации в связи с неотложными состояниями из домов-интернатов и с территории указанных терапевтических участков в течение 2010 г.

## **2. Изучение вопросов оказания неотложной помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах-интернатах.**

Исследование выполнено на вышеуказанных базах. Использовались следующие методы: анализ организационно-распорядительной и учетно-отчетной документации домов-интернатов, станций скорой помощи, приемных отделений больниц; непосредственное динамическое клиническое наблюдение за реализуемыми медицинскими технологиями сестринского процесса. При этом использовались оригинальные учетные карты, разработанные в соответствии с целью и задачами настоящего исследования.

## **3. Экспертная оценка реализованных медицинских технологий и разработка алгоритма сестринского процесса при оказании помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах-интернатах.**

Был использован метод экспертных оценок. В состав экспертной группы вошло 5 специалистов в области геронтологии и гериатрии (распределение по ученым степеням: 1 – доктор медицинских наук, 4 – кандидаты медицинских наук по специальности 14.01.30 – геронтология и гериатрия; по месту работы: 3 – преподаватели медицинского факультета, 1 – врач госпиталя инвалидов войн, 1 – врач поликлиники).

## **4. Внедрение в практическую деятельность алгоритма сестринского процесса при оказании помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах-интернатах, и оценка его эффективности.**

Внедрение алгоритма и его эффективность осуществлена на базе вышеуказанных домов-интернатов в течение одного календарного 2012 года.

В указанных домах-интернатах на момент проведения исследования проживало 925 чел. пожилого и старческого возраста (средний возраст 73,8±6,9 года, мужчин – 249 чел., женщин – 676 чел.).

Статистическая обработка результатов исследования включала применение следующих методов: расчет средних абсолютных и относительных величин с расчетом ошибки средней; определение характера распределения при помощи метода  $\chi^2$ ; оценка значимости различий двух совокупностей по критерию t-Стьюдента; корреляционный анализ. Материалы, содержащиеся в формализованных картах, были внесены в электронные

таблицы «Excel», математико-статистическая обработка данных выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

## ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

### Изучение вопросов возрастной клинической эпидемиологии неотложных состояний у людей, проживающих в домах-интернатах

В течение одного календарного года среди проживающих в домах-интернатах было зарегистрировано 144 неотложных состояний (11 случаев у людей среднего возраста и 133 случая у людей пожилого и старческого возраста). Средний показатель частоты неотложных состояний, потребовавших госпитализации (в случаях на 100 проживающих в год) составил  $12,9 \pm 1,2$  в целом среди всех проживающих. Среди проживающих среднего возраста он составил  $5,1 \pm 1,3$ , среди проживающих пожилого и старческого возраста –  $14,8 \pm 1,1$  ( $p < 0,05$  по сравнению с людьми среднего возраста).

В течение одного календарного года среди проживающих в домашних условиях было зарегистрировано 1494 неотложных состояния (740 случаев у людей среднего возраста и 754 случая у людей пожилого и старческого возраста). Средний показатель частоты неотложных состояний, потребовавших госпитализации (в случаях на 100 проживающих) составил  $8,3 \pm 0,2$  в целом среди всех проживающих, и был достоверно ниже аналогичного показателя среди проживающих в домах интернатах ( $p < 0,05$ ). Частота неотложных состояний среди проживающих среднего возраста он составила  $6,3 \pm 1,0$  и достоверно не отличалась от таковой в домах-интернатах ( $p > 0,05$ ). Среди проживающих пожилого и старческого возраста этот показатель составил  $11,9 \pm 0,6$  (он был достоверно выше по сравнению с людьми среднего возраста, проживающими в домашних условиях,  $p < 0,05$ , но достоверно ниже, чем среди людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах,  $p < 0,05$ ) (рис. 1).

Таким образом, частота встречаемости неотложных состояний, требующих госпитализации, среди проживающих в дома-интернатах, была в 1,6 раз выше, чем среди проживающих в домашних условиях, за счет увеличения данного показателя среди людей пожилого и старческого возраста на 2,9 случая на 100 проживающих.

При изучении структуры неотложных состояний у людей среднего, пожилого и старческого возраста, которые проживали в домашних условиях и в домах-интернатах, нами не было выявлено различий в структуре состояний, потребовавших госпитализации (табл. 1 и 2).

Вне зависимости от места проживания, в приемные покои больниц, которые являлись базовыми при проведении нашего исследования, поступали пациенты со следующей неотложной патологией: на первом месте находилась кардиологическая патология, втором – неотложные состояния

в пульмонологии и аллергологии, на третьем месте – патология гастроэнтерологической сферы. Далее в порядке убывания частоты встречаемости следовала неврологическая неотложная патология, неотложные состояния в хирургии, далее – в уронефрологии. Вместе с тем, нами были получены данные, согласно которым у людей пожилого и старческого возраста достоверно чаще встречалась неотложная патология уронефрологического и неврологического профилей, но достоверно реже имели место неотложные состояния в эндокринологии, по сравнению с людьми среднего возраста ( $p<0,05$ ).

Таблица 1

Структура неотложных состояний у людей разных возрастов, проживающих в домах-интернатах

Профиль Патологии	Возрастная группа			
	Средний возраст (n=216)		Пожилой и старческий возраст (n=899)	
	Абс.	%	Абс.	%
Пульмо-аллергологический	35	16,2±2,5	141	15,7±1,6
Уронефрологический	5	2,3±0,6	56	6,2±0,3*
Кардиологический	90	41,7±3,8	340	37,8±4,0
Эндокринологический	21	9,7±0,8	27	3,0±0,2*
Гастроэнтерологический	29	13,4±2,1	138	15,3±2,8
Хирургический	18	8,3±0,9	71	7,9±0,9
Неврологический	18	8,3±0,8	126	14,0±0,6*

\* $p<0,05$  – по сравнению с пациентами среднего возраста

Таблица 2

Сравнительная характеристика частоты встречаемости неотложных состояний у людей разных возрастов, проживающих в домашних условиях

Профиль Патологии	Возрастная группа			
	Средний возраст (n=740)		Пожилой и старческий возраст (n=754)	
	Абс.	%	Абс.	%
Пульмо-аллергологический	116	15,7±2,3	121	16,0±1,4
Уронефрологический	12	1,6±0,1	30	3,9±0,2*
Кардиологический	311	42,1±2,4	320	42,4±3,8
Эндокринологический	68	9,2±0,3	18	2,4±0,1*
Гастроэнтерологический	105	14,2±1,4	109	14,5±2,1
Хирургический	48	6,5±1,0	51	6,8±0,9
Неврологический	80	10,8±0,5	105	13,9±0,7*

\* $p<0,05$  – по сравнению с пациентами среднего возраста

При этом у людей пожилого и старческого возраста на фоне неотложных состояний достоверно чаще, чем у людей среднего возраста, встречалась сопутствующая соматическая патология всех классов заболеваний (табл. 3).

При изучении особенностей распространенности неотложных состояний при отдельных группах заболеваний нами были выявлены следующие возраст-зависимые особенности.

При патологии пульмоаллергологической группы: в среднем возрасте выраженный бронхообструктивный синдром на фоне ХОБЛ разной степени тяжести – 20 пациентов ( $17,2 \pm 1,3\%$ ), в пожилом возрасте – у 31 пациента ( $25,6 \pm 1,7\%$ ); при патологии нефрологической группы в среднем возрасте острая задержка мочи на фоне ДГПЖ, катетеризации мочевого пузыря имела место у 2 пациентов ( $16,7 \pm 3,4\%$ ), в пожилом возрасте – у 17 пациентов ( $56,7 \pm 2,8\%$ ); при неврологической патологии – в среднем возрасте транзиторная ишемическая атака имела место у 25 пациентов ( $31,3 \pm 2,7\%$ ), инфаркт мозга – у 21 пациента ( $26,3 \pm 2,5\%$ ), внутримозговое кровоизлияние – у 20 пациентов ( $25,0 \pm 2,4\%$ ), в пожилом возрасте транзиторная ишемическая атака имела место у 33 пациентов ( $37,5 \pm 2,2\%$ ), инфаркт мозга – у 29 пациентов ( $32,6 \pm 1,9\%$ ), внутримозговое кровоизлияние – у 28 пациентов ( $31,7 \pm 2,0\%$ ),  $p < 0,05$  (табл. 4).

Таблица 3

Сравнительная характеристика частоты неургентной сопутствующей патологии при неотложных состояниях у пациентов разных возрастов

Группа патологий	Возрастная группа			
	Средний возраст (n=740)		Пожилой/старческий возраст (n=754)	
	Абс. (случаев)	Доля (%)	Абс. (случаев)	Доля (%)
Патология желудочно-кишечного тракта	145	$19,6 \pm 2,1$	298	$39,5 \pm 2,4^*$
Патология сердечно-сосудистой системы	241	$32,7 \pm 2,2$	425	$56,4 \pm 2,5^*$
Патология опорно-двигательного аппарата	128	$17,3 \pm 1,9$	304	$40,3 \pm 2,2^*$
Патология нервной системы	175	$23,7 \pm 2,0$	309	$40,9 \pm 2,3^*$
Эндокринная патология	128	$17,4 \pm 1,8$	207	$27,5 \pm 2,1^*$
Онкологическая патология	18	$2,4 \pm 0,1$	58	$7,6 \pm 0,9^*$
Патология крови	244	$33,1 \pm 2,1$	425	$56,5 \pm 3,1^*$

\* $p < 0,05$  – по сравнению с пациентами среднего возраста

Таблица 4

Возраст-зависимые различия в частоте встречаемости неотложных состояний при отдельных группах заболеваний (случаев на 100 госпитализированных с неотложными состояниями)

Нозологическая форма	Возрастная группа	
	Средний возраст (n=740)	Пожилой и старческий возраст (n=754)
	M±m	M±m
Бронхообструктивный синдром	17,2±1,3	25,6±1,7*
Острая задержка мочи	16,7±3,4	56,7±2,8*
Транзиторная ишемическая атака	31,3±2,7	37,5±2,2*
Инфаркт мозга	26,3±2,5	32,6±1,9*
Внутричерепное кровоизлияние	25,0±2,4	31,7±2,0*

\* $p < 0,05$  – по сравнению с пациентами среднего возраста

При изучении особенностей симптоматики жалоб у людей пожилого и старческого возраста, которые поступают в стационарное учреждение в связи с неотложным состоянием, нами было выявлено следующее (рис. 1).

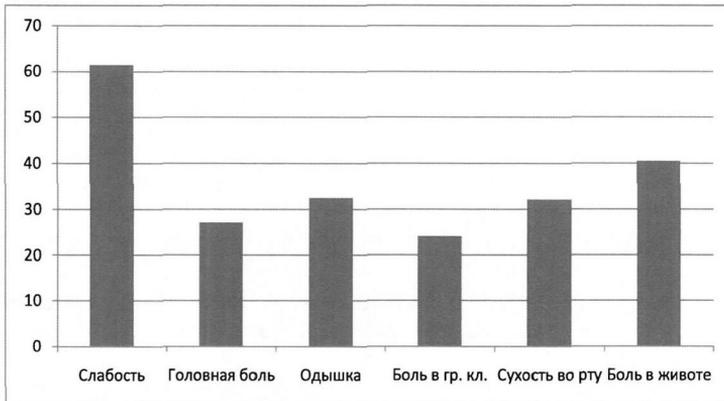


Рисунок 1. Распространенность наиболее часто встречающихся симптомов (жалоб) при неотложных состояниях у пациентов пожилого и старческого возраста.

На одного пациента приходилось  $7,4 \pm 1,2$  жалобы, в отличие от пациентов среднего возраста, у которых было зарегистрировано достоверно меньше жалоб –  $2,9 \pm 0,8$  жалобы на 1 пациента ( $p < 0,05$ ). При

этом у людей пожилого и старческого возраста наиболее часто встречались следующие: общая слабость – 61,4±3,4%, головная боль – 27,1±1,7%, одышка – 32,5±1,8%, боль в области грудной клетки – 24,1±1,3%, сухость во рту – 32,1±1,4%, боль в животе – 40,5±2,1%,  $p<0,05$ .

В ходе исследования было выявлено, что в пожилом и старческом возрасте при различных профилях патологии имеются определенные различия в симптоматологии неотложных состояний, что осложняет возможность правильно заподозрить наличие той или иной нозологической формы на уровне оказания доврачебной помощи.

Наличие общей слабости было ассоциировано с такими неотложными состояниями и заболеваниями как наличие нарушения кишечной проходимости, осложненное течение сахарного диабета, декомпенсация патологии почек, внутреннее кровотечение, острый коронарный синдрома, пневмония ( $\chi^2 = 7,9$ ,  $p<0,05$ ). Головная боль ассоциирована с гипертоническим кризом, пневмонией, обострениями хронической легочной патологии ( $\chi^2 = 8,2$ ,  $p<0,05$ ); боль в животе – с острым коронарным синдромом, пневмонией, острой абдоминальной патологией ( $\chi^2 = 8,1$ ,  $p<0,05$ ). Одышка достоверно ассоциирована с кровотечением из желудочно-кишечного тракта, пароксизмальными нарушениями ритма, острым коронарным синдромом, обострением хронической легочной патологии, гипертоническим кризом, тромбозом легочной артерии ( $\chi^2 = 8,4$ ,  $p<0,05$ ). Боль в грудной клетке ассоциирована с наличием таких заболеваний как острый коронарный синдром, обострение хронической легочной патологии, пневмония ( $\chi^2 = 8,2$ ,  $p<0,05$ ); наличие сухости во рту – с острой кишечной непроходимостью, декомпенсацией сахарного диабета ( $\chi^2 = 8,1$ ,  $p<0,05$ ).

Таким образом, в рамках сестринского процесса при неотложных состояниях у проживающих в домах-интернатах постановка сестринского диагноза затруднена и сестринский процесс должен быть направлен на подготовку пациента к передаче на следующий этап помощи.

### **Изучение вопросов оказания неотложной помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах-интернатах**

Всего в течение одного календарного года было направлено в круглосуточный стационар по экстренным показаниям из домов-интернатов, входящих в базы исследования, 168 и 899 чел. Из них госпитализировано было 133 чел. Таким образом, доля отказов в госпитализации в среднем составила 20,8±1,2%.

Среди направленных по экстренным показаниям из домов-интернатов, 16 чел. было направлено врачами домов-интернатов, 75 чел. было направлено средним медицинским персоналом, 77 чел. – бригадами скорой помощи, вызванными в дома-интернаты.

Анализ отказов в госпитализации показал, что при направлении врачом дома-интерната отказов в госпитализации не было (0%), при направлении средним медицинским персоналом было отказано в 33 случаях (доля отказов составила 44,0%), при направлении бригадами скорой помощи – в 2 случаях (доля отказов составила 2,6%). Причина отказов в госпитализации – отсутствие неотложного состояния, требовавшего госпитализации.

Корреляционный анализ показал, что отказы в госпитализации людей пожилого и старческого возраста связаны с необоснованными направлениями пациентов средним медицинским персоналом из домов-интернатов (связь положительная, коэффициент корреляции составил  $r=0,894$ ,  $p<0,05$ ).

Такая ситуация отличалась от частоты и структуры отказов в госпитализации людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домашних условиях.

Всего в течение одного календарного года было направлено в круглосуточный стационар по экстренным показаниям из домов-интернатов, входящих в базы исследования, 792 из 6298 чел. Из них госпитализировано было 754 чел. Таким образом, доля отказов в госпитализации в среднем составила  $4,8\pm 0,2\%$  (достоверно меньше, чем доля отказов направленным из домов-интернатов). Госпитализация по самообращаемости в настоящем исследовании не анализировалась.

Среди направленных по экстренным показаниям из домов-интернатов, 180 чел. было направлено врачами поликлиник, 612 – бригадами скорой помощи.

Анализ отказов в госпитализации показал, что при направлении врачами поликлиник было отказано в 11 случаях (доля отказов составила 6,1%), при направлении бригадами скорой помощи – в 27 случаях (доля отказов составила 4,4%). Причина отказов в госпитализации – отсутствие неотложного состояния, требовавшего госпитализации.

Корреляционный анализ показал, что отказы в госпитализации людей пожилого и старческого возраста связаны с необоснованными направлениями врачами поликлиник (связь положительная, коэффициент корреляции составил  $r=0,532$ ,  $p<0,05$ ) и бригадами скорой помощи (связь положительная, коэффициент корреляции составил  $r=0,488$ ,  $p<0,05$ ).

Таким образом, доля отказов в экстренной госпитализации людям пожилого и старческого возраста по причине необоснованного направления из домов-интернатов была на 16,0% выше, чем среди проживающих в домашних условиях и была достоверно связано с действиями среднего медицинского персонала домов-интернатов. В то же время, именно средний медицинский персонал домов-интернатов наиболее часто выявлял неотложные состояния, требующие госпитализации.

## **Экспертная оценка реализованных медицинских технологий разработка алгоритма сестринского процесса при оказании помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах- интернатах**

Экспертная оценка реализованных медицинских технологий показала, что основной причиной необоснованного направления людей пожилого и старческого возраста в стационары по причине развития неотложных состояний были необоснованные действия среднего медицинского персонала ( $\chi^2 = 9,2, p < 0,05$ ).

Причинами этого были:

- отсутствие действующих алгоритмов сестринского процесса при возникновении неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах ( $\chi^2 = 9,0, p < 0,05$ );
- стремление среднего медицинского персонала перестраховаться ( $\chi^2 = 7,6, p < 0,05$ );
- отсутствие в доме-интернате на момент возникновения неотложного состояния специалиста в области оказания скорой и неотложной помощи (врача-терапевта дома-интерната, специалиста бригады скорой помощи) ( $\chi^2 = 6,4, p < 0,05$ );
- отсутствие установленного регионального и учрежденческого регламента взаимодействия домов-интернатов и станций скорой помощи при возникновении неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах ( $\chi^2 = 6,1, p < 0,05$ );
- отсутствие скрининга неотложных состояний у проживающих в домах-интернатах ( $\chi^2 = 5,8, p < 0,05$ ).

Анализ предложений экспертов по оптимизации сестринского процесса в домах-интернатах при возникновении неотложных состояний у лиц пожилого и старческого возраста позволил разработать следующий алгоритм мероприятий (в скобках указана экспертная оценка эффективности мероприятий).

*Алгоритм сестринского процесса в домах-интернатах по выявлению неотложных состояний у лиц пожилого и старческого возраста и ведению пациентов в случае их возникновения*

1-й этап - выявление (скрининг) неотложных состояний у проживающих пожилого и старческого возраста:

- у проживающих без ограничений жизнедеятельности или с минимальными ограничениями жизнедеятельности: ежедневный двукратный опрос медицинскими сестрами о наличии/отсутствии ведущих жалоб (слабость, головная боль, одышка, боль в грудной клетке, сухость во

рту, боль в животе, оценка функции мочеиспускания и дефекации) ( $\chi^2 = 8,8, p < 0,05$ );

- у проживающих с выраженными ограничениями жизнедеятельности: опрос для выявления наличия/отсутствия вышеуказанных жалоб, а также измерение витальных функций: уровень сознания, артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений ( $\chi^2 = 8,6, p < 0,05$ ); эти же мероприятия при самообращении проживающих без ограничений жизнедеятельности ( $\chi^2 = 8,4, p < 0,05$ );

#### 2-й этап - при диагностике неотложного состояния:

- указания младшему персоналу и контроль за исполнением следующих пунктов, которые осуществляет младший персонал: вызов бригады скорой и неотложной помощи, встреча сотрудников бригады скорой помощи и проведение до места проживания человека пожилого/старческого возраста ( $\chi^2 = 7,8, p < 0,05$ );

- придание пациенту лежачего положения;

- оценка уровня сознания, измерение артериального давления, частоты сердечных сокращений, частоты дыхательных движений, регистрация электрокардиограммы, определение уровня глюкозы портативным глюкометром ( $\chi^2 = 8,4, p < 0,05$ );

- начало первичных реанимационных мероприятий при возникновении соответствующей клинической ситуации ( $\chi^2 = 9,1, p < 0,05$ );

#### 3-й этап - при приезде бригады скорой и неотложной помощи:

- встреча младшим медперсоналом сотрудников бригады скорой помощи и проведение до места проживания человека пожилого/старческого возраста ( $\chi^2 = 7,9, p < 0,05$ );

- встреча средним медицинским персоналом бригады у постели пациента ( $\chi^2 = 8,8, p < 0,05$ );

- выполнение указаний бригады скорой и неотложной помощи ( $\chi^2 = 8,7, p < 0,05$ );

- транспортировка пациента в машину скорой помощи (в случае госпитализации) ( $\chi^2 = 8,6, p < 0,05$ ).

### **Внедрение в практическую деятельность алгоритма сестринского процесса при оказании помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах-интернатах, и оценка его эффективности**

Результаты внедрение в практическую деятельность алгоритма сестринского процесса при оказании помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах-интернатах, и оценка его эффективности, представлена в таблице 5.

Таблица 5

Эффективность внедрения в практическую деятельность алгоритма сестринского процесса при оказании помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах-интернатах

Показатель	Год наблюдения		Оценка
	2010	2012	
Количество проживающих, чел.	899	925	увеличение
Количество направленных на госпитализацию по экстренным показаниям, чел.	168	100	уменьшение
Количество госпитализированных по экстренным показаниям, чел.	133	99	уменьшение
Показатель госпитализаций по экстренным показаниям, %	14,8±1,1	10,7±0,3	уменьшение p<0,05
Количество направленных врачом, чел.	16	12	уменьшение
Доля направленных врачом, %	9,5±0,2	12,0±0,1	увеличение p<0,05
Количество направленных средним медицинским персоналом, чел.	75	0	уменьшение
Доля направленных средним медицинским персоналом, чел.	44,6±1,3	0	уменьшение p<0,05
Количество направленных бригадами скорой помощи, чел.	77	88	увеличение
Доля направленных бригадами скорой помощи, %	45,9±2,1	88,0±1,3	увеличение p<0,05
Общее количество отказов в госпитализации, случаев	35	1	34
Доля отказов в госпитализации, %	20,8±1,2	1,0±0,002	уменьшение p<0,05
Количество отказов в госпитализации при направлении врачом, случаев	0	0	без изменений
Доля отказов в госпитализации при направлении врачом, %	0	0	без изменений
Количество отказов в госпитализации при направлении средним медицинским персоналом, случаев	33	0	уменьшение
Доля отказов в госпитализации при направлении средним медицинским персоналом, %	44,0	0	Уменьшение
Количество отказов в госпитализации бригадой скорой помощи, случаев	2	1	уменьшение
Доля отказов в госпитализации при направлении бригадой скорой помощи, %	2,6	1,0	уменьшение

\* \* \*

Таким образом, внедрение разработанного алгоритма сестринского процесса при оказании помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах-интернатах, позволило снизить общее количество направлений в стационары и снизить общий уровень госпитализации по экстренным показаниям из домов-интернатов (за счет своевременного скрининга неотложных состояний, привлечению к оказанию неотложной помощи бригад скорой помощи в условиях домов-интернатов), снизить количество и долю необоснованных направлений и количество и долю отказов в госпитализации (за счет переноса функции направления на бригады скорой помощи). В итоге это повысило качество медицинской помощи в целом людям пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах.

### ВЫВОДЫ

1. Частота встречаемости неотложных состояний, требующих госпитализации, среди проживающих в домах-интернатах, в 1,6 раз выше, чем среди проживающих в домашних условиях. В целом, уровень госпитализации людей пожилого и старческого возраста по экстренным показаниям из домов-интернатов выше на 2,9 случая на 100 человек в год, чем среди проживающих в домашних условиях.

2. В структуре неотложных состояний, потребовавших госпитализации среди людей, которые проживали в домашних условиях и в домах-интернатах, различия отсутствуют. На первом месте находится кардиологическая патология, на втором – неотложные состояния в пульмонологии и аллергологии, на третьем – патология гастроэнтерологической сферы, далее – неврологическая неотложная патология, неотложные состояния в хирургии и в уронефрологии. Вместе с тем, существуют следующие возрастные различия: у людей пожилого и старческого возраста достоверно чаще встречается неотложная патология уронефрологического и неврологического профилей, но достоверно реже имеют место неотложные состояния в эндокринологии, по сравнению с людьми среднего возраста.

3. У людей пожилого и старческого возраста на фоне неотложных состояний достоверно чаще, чем у людей среднего возраста, встречается сопутствующая соматическая патология всех классов заболеваний. При этом при большинстве неотложных состояний у 1 пациента пожилого и старческого возраста регистрируется в среднем  $7,4 \pm 1,2$  жалобы однотипного характера, среди которых наиболее частыми являются слабость, головная боль, одышка, боль в грудной клетке, сухость во рту, боль в животе. Это осложняет возможность правильно заподозрить наличие той или иной нозологической формы в рамках осуществления сестринского процесса и сестринского диагноза.

4. Наиболее часто неотложные состояния в домах-интернатах выявляются средним медицинским персоналом. Вместе с тем, в условиях

отсутствия алгоритмизации сестринского процесса в домах-интернатах доля отказов в экстренной госпитализации людям пожилого и старческого возраста по причине необоснованного направления из домов-интернатов на 16,0% выше, чем среди проживающих в домашних условиях, и достоверно связана с действиями среднего медицинского персонала домов-интернатов.

5. Ведущими причинами необоснованного направления людей пожилого и старческого возраста в стационары по причине развития неотложных состояний являются отсутствие действующих алгоритмов сестринского процесса при возникновении неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах; стремление среднего медицинского персонала перестраховаться ( $\chi^2 = 7,6$ ,  $p < 0,05$ ); отсутствие в доме-интернате на момент возникновения неотложного состояния специалиста в области оказания скорой и неотложной помощи (врача-терапевта дома-интерната, специалиста бригады скорой помощи) ( $\chi^2 = 6,4$ ,  $p < 0,05$ ); отсутствие установленного регионального и учрежденческого регламента взаимодействия домов-интернатов и станций скорой помощи при возникновении неотложных состояний у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах ( $\chi^2 = 6,1$ ,  $p < 0,05$ ); отсутствие скрининга неотложных состояний у проживающих в домах-интернатах ( $\chi^2 = 5,8$ ,  $p < 0,05$ ).

6. Разработанный алгоритм сестринского процесса в домах-интернатах по выявлению неотложных состояний у лиц пожилого и старческого возраста и ведению пациентов в случае их возникновения предполагает взаимодействие со службой скорой помощи и реализацию трех этапов - выявление (скрининг) неотложных состояний у проживающих пожилого и старческого возраста; действия при диагностике неотложного состояния; действия при приезде бригады скорой и неотложной помощи.

7. Внедрение разработанного алгоритма сестринского процесса при оказании помощи людям пожилого и старческого возраста, проживающим в домах-интернатах, позволяет снизить общий уровень госпитализации по экстренным показаниям из домов-интернатов на 3,1 случая на 100 проживающих в год; долю отказов в госпитализации на 19,8%.

### **ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ**

1. При оказании гериатрической помощи в домах-интернатах целесообразно учитывать, что в пожилом и старческом возрасте достоверно чаще встречаются неотложные состояния нефрологического и неврологического профилей, а возраст-зависимой нозологической особенностью неотложных состояний является превалирование бронхообструктивного синдрома на фоне хронической обструктивной болезни легких, острой задержки мочи на фоне доброкачественной гиперплазии предстательной же-

лезы и катетеризации мочевого пузыря, а также транзиторной ишемической атаки, инфаркта мозга и внутримозговое кровоизлияние.

2. Для обеспечения качественного оказания доврачебной помощи пациенту пожилого и старческого возраста целесообразно, чтобы средний медицинский работник на основе симптомокомплекса «общая слабость», «головная боль», «боль в животе», «одышка», «боль в грудной клетке», «сухость во рту» установил сестринский диагноз и провел предварительное обследование пациента для подготовки к осмотру специалистами скорой помощи, а также обеспечил осмотр пациента специалистами службы скорой помощи.

3. При организации медицинской помощи в домах-интернатах где проживают люди пожилого и старческого возраста, предусматривать установление регионального и учрежденческого регламента по оказанию помощи с участием бригад территориальных станций скорой помощи.

## **СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ**

### ***Статьи в журналах, включенных в Перечень ВАК Минобрнауки РФ***

1. Качество жизни пациентов пожилого возраста при осложненной сердечно-сосудистой и неврологической патологии / Е.А. Лысова, М.М. Киселевич, *И.С. Захарова*, Е.В. Юдина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина и Фармация.– 2011.– Вып. 13/1 (Геронтология и гериатрия). – С. 143-147.
2. К вопросу о медико-социальных аспектах геронтологической помощи при социально-значимой патологии пожилого возраста / В.В. Башук, А.Н. Ильницкий, Г.Н. Сovenко, *И.С. Захарова*, М.М. Киселевич, Н.М. Позднякова, Д.В. Бессмертный // *Фундаментальные исследования*.– 2011. – № 3. – С. 36-43.
3. Клинико-патофизиологическое обоснование особенностей диспансерного наблюдения за пожилыми больными с сочетанием ишемической болезни сердца и железодефицитной анемии / М. А.Чинова, Г. Н.Сovenко, *И.С. Захарова*, Т.В. Павлова // *Вестник Российского университета дружбы народов*.- 2010.- № 4 (серия «Медицина»). – С. 486- 491.
4. Некоторые вопросы алгоритмизации медицинской деятельности в современной гериатрической практике / *И.С. Захарова*, Е.А. Лысова, М.М. Киселевич, Е.В. Юдина // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина и Фармация.– 2011.– Вып. 13/1 (Геронтология и гериатрия). – С. 166-170.
5. Оптимизация сестринского процесса при неотложных состояниях у людей пожилого и старческого возраста, проживающих в домах-интернатах / Ильницкий А.Н., *Захарова И.С.*, Султанова С.С., Поляков В.И. // *Успехи геронтологии*. – 2014. - № 3. – С. 81-85.

6. Особенности ведения пожилых пациентов с хронической обструктивной болезнью легких / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, Г.И. Гурко, Н.И. Жернакова, *И.С. Захарова*, К.В. Перельгин, Д.С. Медведев, М.М. Киселевич, А. Пожарскис // Клиническая медицина. – 2012. – № 2. – С. 58-60.

#### *Статьи в других изданиях*

7. Реализация бригадного принципа как одно из направлений кадровой политики в организации работы врачей с гериатрическими пациентами / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, М.М. Киселевич, М.А. Чижова, Д.С. Медведев, К.В. Перельгин, Г.И. Гурко, *И.С. Захарова* // Организационные основы кадровой политики в здравоохранении: Сб. научных трудов ФГУ «ЦНИИОЗ Росздрава». – М.: ЦНИИОИЗ, 2010. – С. 91-94.

#### *Тезисы докладов*

8. *Захарова, И.С.* Интегральный подход в гериатрии как путь инновационного развития специальности: взгляд практикующих врачей/ *И.С. Захарова, Е.С. Фатеева* // Матер. конф. «Инновационные технологии управления здоровьем и долголетием человека», г. Санкт-Петербург 2010 – С. 391-393.
9. *Захарова, И.С.* Качество жизни проживающих в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов // Социальная помощь населению: Матер. Межрегиональной конф., Кировоград, 24 апреля 2012 г. – Кировоград, 2012. – С. 49.
10. *Захарова, И.С.* Преморбидный фон в структуре ишемического инсульта у пожилых / *И.С. Захарова, Т.А. Макотрова* // Материалы конференции, Новополюцк, 20 мая 2010 г. - Новополюцк: ПГУ, 2010. - С. 8.
11. *Захарова, И.С.* Полиморбидность в гериатрии с позиций интерниста / *Захарова И. С., Прощаев К. И., Гурко Г.И.*// Матер. Международной научно-практической конф. «Актуальные вопросы полиморбидной патологии в клинике внутренних болезней»- г. Белгород 2010. – С. 24-25.
12. *Захарова, И.С.* Оптимизация помощи пожилым людям при неотложных состояниях в домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов// Матер. III Всероссийской научно-практической конференции «Социальный работник и пожилой человек». г. Москва, 2014. – С. 97-103.
13. *Захарова, И.С.* Пути решения проблем в организации диагностики неотложных состояний у пожилых пациентов // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича, 2010. – № 2. – С. 88 -89.
14. *Прощаев К.И.* Полиморбидность в современной клинической геронтологии: обзор состояния проблем / *К.И. Прощаев, И.С. Захарова, Е.С. Фатеева*// Матер. конф. «Инновационные технологии управления здоровьем и долголетием человека», г. Санкт-Петербург, 2010. – С. 124-126.

## СПИСОК ЦИТИРУЕМОЙ ЛИТЕРАТУРЫ

- Архипов, И.В.* О состоянии геронтологической помощи / И.В. Архипов // Сб. матер. Международной конф. – М.: 2013. – С. 3-7; Сравнительная характеристика клинических особенностей старения у лиц старческого возраста и долгожителей на фоне полиморбидной патологии / Н.О. Захарова, М.В. Шишкова-Лаврусь, Д.В. Воробьев, А.И. Лысенко, С.И. Бердяшкина // Известия Самарского научного центра РАН. Специальный выпуск «XIII конгресс «Экология и здоровье человека». – Самара, 2008, – Т.2. – С.41-45; *Котельников, Г.П., Яковлев, О.Г.* Практическая гериатрия: руководство для врачей. Под редакцией проф. Котельникова Г.П., Яковлева О.Г. - Самара. - Самарский дом печати. 1995. - 613 с.; *Матвейчик, Т.В.* Состояние, проблемы и перспективы в организации работы больниц сестринского ухода / Т.В. Матвейчик, П.Н. Михалевич // Мир медицины. – 2010, 5 (127). – С. 6-8.; *Новокрещенова, И.Г.* Роль сестринского персонала в системе оказания качественной медицинской помощи / И.Г. Новокрещенова, В.В. Чунакова // Саратовский научно-медицинский журнал 2012. Т8. № 4. С. 887-891; *Перфильева, Г.М.* Сестринский процесс / Г.М. Перфильева // Медицинская сестра, 1999, 3. – С. 33-37; *Рязанцева, В.Н.,* Особенности сестринского процесса при неотложных состояниях / В. Н. Рязанцева // Медицинская сестра, 2006, 7. – С. 34-35; *Шабалин, В.Н.* / Организация охраны здоровья пожилых людей в современном мире / В.Н. Шабалин // Медицинская сестра, 2008, 5. – С. 3-5; *Bischoff, A. et al.* Nurse and Patient Perceptions of Discharge Readiness in Relation to Postdischarge Utilization/ A. Bischoff // Med. Care, 2010, V.48, i.5 – P. 482-486.

## УСЛОВНЫЕ СОКРАЩЕНИЯ

**АГ** – артериальная гипертензия

**БА** – бронхиальная астма

**ДГПЖ** – доброкачественная гиперплазия предстательной железы

**ИБС** – ишемическая болезнь сердца

**ОНМК** – острое нарушение мозгового кровообращения

**ОПН** – острая почечная недостаточность

**СД** – сахарный диабет

**ХОБЛ** – хроническая обструктивная болезнь легких

**ЭКГ** – электрокардиограмма

**ЯБДК** – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки

**ЯБЖ** – язвенная болезнь желудка

**ЗАХАРОВА Ирина Семеновна** ОПТИМИЗАЦИЯ СЕСТРИНСКОГО ПРОЦЕССА ПРИ НЕОТЛОЖНЫХ СОСТОЯНИЯХ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА, ПРОЖИВАЮЩИХ В ДОМАХ-ИНТЕРНАТАХ // Автореф. дисс. ... канд. мед.наук.: 14.01.30. – СПб., 2015. – 23 с.

---

Подписано в печать «31» марта 2015. Формат 60х84 1/16.

Бумага офсетная. Печать офсетная. Печ. л. 1,0.

Тираж 100 экз. Заказ 166 .

---

Отпечатано с готового оригинал-макета.

ЗАО «Принт-Экспресс»

197101, С.-Петербург, ул. Большая Монетная, 5 лит. А.