

В.Й. Шатило (Житомир)

# МЕДИКО-ПРОФІЛАКТИЧНА ДОПОМОГА ПАЦІЄНТАМ ПОХИЛОГО ВІКУ

Житомирський інститут медсестринства

*Висвітлено особливості надання медичної допомоги пацієнтам похилого віку на регіональному рівні. Проаналізовано вікові особливості захворюваності та смертності осіб похилого віку. Підкреслено роль медичних сестер у проведенні медико-профілактичної роботи з пацієнтами похилого віку.*

**Ключові слова:** геронтологія, організація медичної допомоги.

Старіння населення є однією з глобальних проблем сучасності в розвинених країнах. Згідно з прогнозами Організації Об'єднаних Націй [5], до 2050 р. число людей похилого віку у світі становитиме близько 1,5 млрд, або 14,7% від загальної чисельності людства. У розвинених країнах частка осіб похилого віку уже сьогодні перевищує 20,0%. Демографічна ситуація в Україні відповідає світовим процесам старіння населення [1].

Збільшення частки людей похилого віку в загальній структурі населення країни визначає необхідність розвитку та вдосконалення гериатричного напрямку роботи як медичних закладів, передусім первинної медико-санітарної допомоги (ПМСД), так і закладів соціального захисту.

Люди похилого віку найбільше потребують допомоги, зокрема профілактичних щорічних оглядів у поліклініках, діагностичних центрах і центрах загальної практики / сімейної медицини. ПМСД людям похилого віку має істотні особливості, пов'язані з множинністю хронічної патології на фоні вікових функціональних змін організму, значним поширенням онкопатології, зниженням фізичної активності та високою залежністю від сторонньої допомоги [2, 3].

Це визначає великий обсяг робочого навантаження як на лікарів, так і на середній медичний персонал. Багаторічний досвід країн Європи щодо участі медичних сестер у медико-профілактичних заходах свідчить про можливість підвищення обсягів надання якісної медичної допомоги вдома людям похилого віку [7].

Доведена економічна ефективність такого підходу завдяки вивільненню часу лікаря для поліпшення лікувального процесу, зменшення кількості випадків госпіталізації та викликів швидкої допомоги.

За рекомендаціями Всесвітньої організації охорони здоров'я, до програм державної політики стосовно суспільного захисту людей похилого віку слід включити такі напрями роботи: підвищення їх доступу до якісної медичної допомоги, пропаганда фізичної активності, посилення наукових розробок у геронтології [6].

**Мета роботи** – удосконалити роботу сімейної медичної сестри з пацієнтами похилого та старечого віку.

Для досягнення мети використано клініко-статистичний і медико-соціологічний (анкетування) **методи** дослідження.

## Результати дослідження та їх обговорення

Турбота про осіб похилого віку проявляється у створенні відповідної законодавчої бази та відкритті мережі лікувально-профілактичних закладів: центрів ПМСД у відомстві Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України, пунктів догляду за тяжкохворими в домашніх умовах у відомстві Товариства Червоного Хреста, створення хоспісів, лікарень відновного лікування і відділень сестринського догляду.

При плануванні заходів із профілактики та ефективного лікування вікозалежної патології на державному та місцевому рівнях слід враховувати інформацію щодо демографічної ситуації та вікозалежної структури захворюваності й смертності осіб похилого і старечого віку.

На 01.01.2013 р. при загальній чисельності населення України серед 45,5 млн осіб люди віком 60 років і старші становили 9,6 млн (21,2% усього населення України).

У Житомирській області частка осіб похилого віку в загальній популяції становила 21,6%, що істотно не

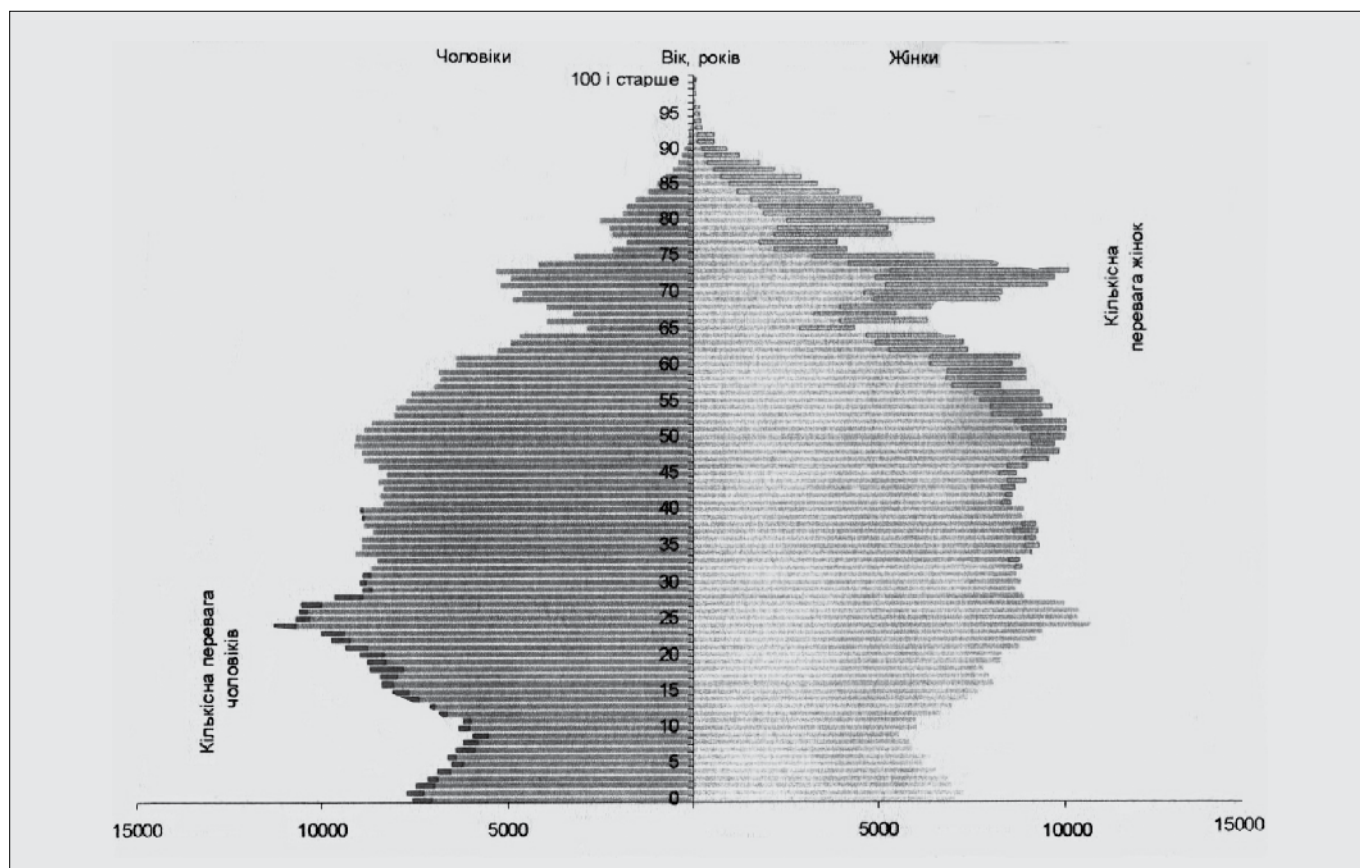


Рис. Статеві-віковий розподіл населення Житомирської області на 01.01.2013 р. [4]

відрізнялося від аналогічного показника по Україні. Загалом демографічна ситуація на Житомирщині істотно не відрізнялася від ситуації з народжуваністю, смертністю і тривалістю життя чоловіків і жінок у цілому по Україні. Вона характеризувалася низькою народжуваністю, високою смертністю, від'ємним приростом населення, короткою порівняно з європейськими країнами тривалістю життя та великою різницею (понад 10 років) між тривалістю життя чоловіків і жінок.

Статеві-вікова структура населення Житомирської області наведена в таблиці 1 і на рисунку.

На 01.01.2013 р. в Житомирській області, за даними обласного центру статистики, проживало 1279 777 осіб, із них 592 429 (46,3%) чоловіків і 687 348 (53,7%) жінок.

У містах проживало 736 623 (57,6%), у сільській місцевості – 543 154 особи (42,4%).

На рисунку чітко показано неправильну, деформовану статеві-вікову структуру населення області.

За нормального вікового розподілу народжуваності й смертності нижні рядочки мали б бути більшими за середні, середні повинні бути більшими за верхні, а вся структура повинна мати форму правильної піраміди. Натомість чітко простежувалося 5 «перехватів депопуляції» у вікових інтервалах 8–12 років, 28–34 роки, 40–45 років, 65–68 років і 76–78 років. І лише за остан-

ні 7 років намітилась позитивна тенденція до збільшення рівня народжуваності, в результаті чого найнижча частина діаграми дещо набула вигляду піраміди.

Загалом же виявлено відносно високу питому вагу (21,6%) осіб похилого і старечого віку (60 років і старших), серед яких переважну більшість (58,4%) становили жінки. Звернула на себе увагу незначна кількість довгожителів (осіб старше 90 років) серед населення Житомирщини. Така статеві-вікова структура населення вказала на потребу особливого підходу як в організації соціального захисту осіб похилого і старечого віку, так і при наданні їм медико-профілактичної допомоги.

У таблиці 3 подано розподіл станом на 01.01.2013 р. населення Житомирської області за віком, молодшим за працездатний, працездатним і старшим за працездатний.

Частка населення у віці, старшому за працездатний, становила 743 944 особи (25,0%), що дещо більше, ніж осіб у віці 60 років і старших, тому що в частини населення (жінок і пільгових категорій) непрацездатний вік реєструвався раніше, ніж у 60 років.

Частка осіб працездатного віку в загальній популяції населення Житомирського регіону дорівнювала 743 944 особи (58,1%), а частка населення у віці, молодшому за працездатний, – 215 707 (16,9%).

Таблиця 1

Розподіл населення Житомирщини за віком і статтю станом на 01.01.2013 р.

Віковий інтервал (років)	Міські поселення та сільська місцевість		
	обидві статі	чоловіки	жінки
Усього	1279777	592429	687348
0–4	71396	36710	34686
5–9	61311	31573	29738
10–14	67300	34326	32974
15–19	82114	42340	39774
20–24	95826	49379	46447
25–29	98767	50403	48364
30–34	88351	44109	44242
35–39	90145	44240	45905
40–44	86188	42504	43684
45–49	90505	43607	46898
50–54	91814	42624	49190
55–59	80881	35934	44947
65–69	50281	18868	31413
70–74	70081	24181	45900
75–79	36666	11576	25090
80–84	33664	8911	24753
85–89	14304	2938	11366
90–94	2987	575	2412
95–99	566	93	473
100 і понад	116	20	96

Для осіб похилого віку були притаманні специфічні особливості захворюваності, перебігу хвороб та їх ускладнень, зумовлені передусім віковими змінами в організмі, регіональними особливостями екології та ефективністю роботи галузей охорони здоров'я і соціального захисту.

У таблиці 2 наведено структуру захворюваності (у відсотках) різних класів хвороб, зареєстрованих у жителів Житомирської області за 2012 р. Найбільшу частку (24,6%) становили хвороби системи кровообігу, друге місце за частотою посіли хвороби дихальної системи (17,3%), третє – хвороби органів травлення (11,1%). Досить поширеними були хвороби кістково-м'язової системи (9,9%), ендокринні хвороби (6,4%) і захворювання сечостатевої системи (5,9%).

У таблиці 3 представлено поширеність хвороб серед населення Житомирської області у 2012 р.

Найбільш поширеними були хвороби системи кровообігу (68 054,3 на 100 тис. населення), зареєстровані більш ніж у 50% жителів Житомирської області. Друге місце посіли хвороби дихальної системи (20 896,7 на 100 тис. населення, тобто на хвороби дихальної системи хворів кожен п'ятий житель області), третє – хвороби органів травлення (10 895,6 на 100 тис. населення – захворювання органів травлення мав кожен 10-й житель у регіоні).

Усього на 100 тис. населення в жителів Житомирщини зареєстровано 157 945,2 хвороби, тобто в середньому 1,6 хвороби на одного жителя. Це не означало, що серед населення Житомирської області не виявлено здорових осіб, зазвичай у хворих діагностувалося кілька різних захворювань одночасно. Найчастіше поєднувалися ішемічна хвороба серця, артеріальна гіпертензія, цереброваскулярні захворювання (інсульти), цукровий

Таблиця 2  
Структура захворюваності населення Житомирської області у 2012 р.  
за всіма класами і рубриками МКХ-10

Клас	Рубрика згідно з МКХ-10	Назва класу	Питома вага до підсумку
I	A 00 – B99	Деякі інфекційні та паразитарні хвороби	2,0
II	C 00 – D 48	Злоякісні новоутворення	0,6
III	D 50 – D 89	Хвороби крові й кровотворних органів та окремі порушення із залученням імунного механізму	1,9
IV	E 00 – E 90	Ендокринні хвороби, розлади харчування та обміну речовин	6,4
V	F 00 – F 99	Розлади психіки та поведінки	0,1
VI	G 00 – G 99	Хвороби нервової системи	3,6
VII	H 00 – H 59	Хвороби ока та придаткового апарату	1,9
VIII	H 60 – H 95	Хвороби вуха та соскоподібного відростка	4,5
IX	I 00 – I 99	Хвороби системи кровообігу	24,6
X	J 00 – J 99	Хвороби дихальної системи	17,3
XI	K 00 – K 93	Хвороби органів травлення	11,1
XII	L 00 – L 99	Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3,0
XIII	M 00 – M 99	Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	9,9
XIV	N 00 – N 99	Хвороби сечостатевої системи	5,9
XV	O 00 – O 99	Вагітність, пологи та післяпологовий період	0,9
XVI	P 00 – P 96	Окремі стани, що виникають у перинатальному періоді	0,2
XVII	Q 00 – Q 99	Природжені вади розвитку, деформації та хромосомні аномалії	0,3
XVIII	R 00 – R 99	Симптоми, ознаки та відхилення від норми, що виявлені при лабораторних та клінічних дослідженнях, не класифіковані в інших рубриках	1,4
XIX	S 00 – T 98	Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4,5
XX	V 01 – Y 99	Зовнішні причини захворюваності та смертності	0
XXI	Z 00 – Z 99	Фактори, що впливають на стан здоров'я населення та звертання до закладів охорони здоров'я	0

діабет, ожиріння, остеохондроз, артрити і артрози тощо. Ці хвороби були найбільш притаманними особам похилого і старечого віку.

На Житомирщині в структурі поширеності захворювань серед населення у віці, старшому за працездатний, переважали хвороби системи кровообігу (24,5%), органів дихання (19,6%), новоутворення (16,7%), ока та його придаткового апарату (8,8%), кістково-м'язової системи і сполучної тканини (7,4%) і травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників (7,1%).

У таблиці 4 наведено розподіл померлих у 2012 р. жителів Житомирської області за віком, статтю і місцем проживання. Перше, що привернуло нашу увагу,

було переважання серед померлих чоловіків у всіх без винятку вікових інтервалах до 75 років включно. Після 75 років серед померлих істотно було більше жінок. Це обумовлено тим, що середня тривалість життя чоловіків на Житомирщині становила 60,7 року, а жінок – 73,3 року.

Незважаючи на те, що на Житомирщині міського населення більше, ніж сільського, серед померлих було більше сільських жителів (відповідно серед померлих – 9743 жителі міст і 11 484 жителі сіл). Це зумовлено міграційними процесами. Молодь залишила села і переїхала до міст. У селах залишились люди похилого віку, які там і помирають.

Таблиця 3  
Поширеність усіх хвороб у Житомирській області та Україні за 2012 р.  
(на 100 тис. населення)

Клас хвороб	Житомирська область	Україна
Інфекційні та деякі паразитарні хвороби	3527,4	3615,8
Новоутворення	4668,2	4859,1
Хвороби крові й кровотворних органів	1206,7	1226,7
Ендокринні хвороби, розлади харчування та порушення обміну речовин	8344,5	8433,2
Розлади психіки та поведінки	3856,1	4929,6
Хвороби нервової системи	3601,4	4600,6
Хвороби ока та його придаткового апарату	7743,2	8963,4
Хвороби вуха та соскоподібного відростка	2240,1	3236,0
Хвороби системи кровообігу	68054,3	69488,0
Хвороби органів дихання	20896,7	24005,4
Хвороби органів травлення	10895,6	18856,3
Хвороби шкіри та підшкірної клітковини	3786,8	4139,4
Хвороби кістково-м'язової системи та сполучної тканини	9826,9	10379,4
Хвороби сечостатевої системи	10109,2	11032,7
Вагітність, пологи та післяпологовий період	4576,4	6484,3
Травми, отруєння та деякі інші наслідки дії зовнішніх чинників	4617,8	4816,8
Усього	157945,2	184754,9

У таблиці 5 наведено розподіл померлих залежно від віку, молодшого за працездатний, працездатного та старшого за працездатний.

Встановлено, що на Житомирщині у віці, молодшому за працездатний, померло 1,1% жителів. У працездатному віці – 20,4% жителів. Найбільше жителів області померло у віці, старшому за працездатний, – 78,5%.

При цьому у віці, молодшому за працездатний (0–15 років), серед померлих переважали чоловіки. Їх частка становила 60,8%, а жінки дорівнювали 39,2%. Різниця статистично вірогідна ( $p < 0,01$ ).

У віці, молодшому за працездатний, померло 113 жителів міста і 114 жителів села. Зважаючи на те, що на Житомирщині більше міських жителів (57,6%), ніж жителів села (42,4%), смертність осіб у віковій групі 0–15 років була істотно вищою серед сільських жителів, ніж серед жителів міста ( $p < 0,01$ ).

Серед причин смерті в цій віковій групі переважали природжені вади розвитку, хромосомні аномалії, стани, що виникають у перинатальному періоді (пологова травма, асфіксія тощо), інфекційні та паразитарні хвороби, хвороби органів дихання, хвороби нервової системи, травми, зовнішні причини смертності (суїциди і нещасні випадки).

У працездатному віці помер 3461 (80,0%) чоловік і 866 (20,0%) жінок. Різниця між чоловіками і жінками статистично вірогідна ( $p < 0,01$ ).

Жителів міст серед працездатних осіб було 2256 (52,1%), сільських жителів – 2071 (47,9%).

Зважаючи на те, що на Житомирщині більше міських жителів (57,6%), ніж жителів села (42,4%), смертність сільських мешканців у працездатному віці була також істотно вищою, ніж міських ( $p < 0,01$ ).

Серед причин смерті в цій віковій групі переважали хвороби системи кровообігу, травми, нещасні випадки, отруєння (у т.ч. алкоголем), хвороби органів дихання, хвороби органів травлення, цукровий діабет.

У віці, старшому за працездатний, померло значно більше жінок, ніж чоловіків, – 59,4% і 40,6% відповідно. Різниця статистично вірогідна ( $p < 0,01$ ).

У цій віковій групі смертність жителів села була значно вищою, ніж жителів міста. Сільських жителів непрацездатного віку у 2012 р. померло 9299 (55,8%), міських жителів – 7374 (44,2%). Різниця статистично вірогідна ( $p < 0,01$ ).

Серед причин смерті в цій віковій групі переважали хвороби системи кровообігу (інфаркти та інсульти), онкологічні захворювання, хвороби органів дихання,



Таблиця 4  
Розподіл померлих у 2012 р. жителів Житомирської області  
за віком, статтю і місцем проживання

Вік, років	Усього	Чоловіки	Жінки	Місто	Село
До 1 року	135	84	51	76	59
0–4	182	103	73	97	85
5–9	19	10	9	7	12
10–14	16	13	3	7	9
15–19	74	47	27	30	44
20–24	131	100	31	59	72
25–29	212	162	50	110	102
30–34	316	237	79	179	137
35–39	448	344	104	220	228
40–44	544	407	137	284	260
45–49	676	504	172	347	329
50–54	1005	735	270	523	482
55–59	1301	931	370	733	579
60–64	1466	958	508	790	676
65–69	1713	987	726	863	850
70–74	3276	1671	1605	1519	1757
75–79	2732	1170	1562	1121	1611
80–84	3685	1161	2524	1480	2205
85–89	2404	600	1804	973	1431
90–94	761	168	593	319	442
95–99	238	44	194	81	157
100 і більше	28	2	26	12	16
Разом	21227	10360	10867	9743	11484

хвороби органів травлення, хвороби сечостатевої системи, ендокринні захворювання, травми.

Особливістю надання медичної допомоги особам похилого віку є те, що значна частина з них є одиноками і потребують, крім суто медичної допомоги, соціально-побутових послуг.

Про обсяг такої роботи дають уявлення основні показники роботи медичних сестер різного галузевого підпорядкування з пацієнтами похилого віку за 2011–2012 рр. у Житомирській області (табл. 6).

Протягом року медичні сестри надали медичну допомогу понад 14 тис. пацієнтам похилого віку, зокре-

Таблиця 5  
Розподіл померлих протягом 2012 р. за віком, молодшим за працездатний, працездатним, старшим за працездатний, у Житомирській області

Віковий інтервал (років)	Усього	Чоловіки	Жінки	Місто	Село
Вік молодший за працездатний (0–15 років)	227	138	89	113	114
Працездатний вік (16–54 для жінок і 16–59 для чоловіків)	4327	3461	866	2256	2071
Вік старший за працездатний (55 років і більше для жінок і 60 років і більше для чоловіків)	16673	6761	9912	7374	9299

Таблиця 6  
Основні напрями і показники роботи медичних сестер  
із пацієнтами похилого віку в 2011–2012 рр.

Назва показника	2011	2012
Кількість пацієнтів, яким надано допомогу медичними сестрами вдома	14677	14136
Кількість стаціонарів вдома	5106	5123
Кількість медсестринських відвідувань	181235	178435
Кількість відпрацьованих днів	22694	22256
Середнє навантаження на одну медсестру на один день	7,9	8
Середня кількість відвідувань на одного хворого за рік	12,3	12,6
Надано медичних послуг	531242	535308
Середня кількість наданих медичних послуг на одного пацієнта за рік	36,2	37,9
Надано соціально-побутових послуг	33912	31823
Середня кількість наданих соціально-побутових послуг на одного пацієнта за рік	2,3	2,3
Організовано лікарських консультацій вдома за ініціативою медичних сестер	1632	1815
Залучено активу із числа сусідів, друзів, родичів, що проживають окремо, для догляду за самотніми хворими вдома	6590	6588
Кількість волонтерів із молоді, залучених для догляду за хворими вдома	894	894
Проведено занять із залученими особами для догляду за самотніми хворими вдома	2456	2385

ма, було організовано понад 5 тис. стаціонарів вдома. Кількість медсестринських відвідувань перевищила 180 тис., що становило вісім відвідувань на одну медсестру за добу. Протягом року медичні сестри надали понад 530 тис. медичних послуг. За ініціативою медичних сестер організовано більше 1800 лікарських консультацій вдома до самотніх пацієнтів похилого віку. Надано понад 30 тис. соціально-побутових послуг. Залучено більше 7 тис. волонтерів та активу із числа сусідів, друзів для догляду за самотніми хворими вдома, з якими проведено понад 2,5 тис. занять по їх навчанням на основі догляду за самотніми хворими вдома.

Оскільки залучення волонтерів та інших осіб для догляду за самотніми хворими похилого віку потребувало їх навчання на основі догляду, то з метою вивчення рівня знань майбутніх і практикуючих медичних сестер з основ сімейної медицини та геронтології нами проведено медико-соціологічне дослідження. Проблема обізнаності в особливостях роботи сімейної медичної сестри з пацієнтами похилого та старечого віку вивчена за допомогою спеціально розробленого опитувальника. Опитано 60 практикуючих медичних сестер центрів і поліклінічних відділень загальної практики / сімейної медицини Житомирської області, 90 дипломованих медичних сестер, 30 медсестер-бакалаврів і 30 магістрів

за спеціальністю «Сестринська справа» Житомирського інституту медсестринства.

Встановлено, що серед опитаних існували істотні розбіжності в оцінці значущості захворювань у пацієнтів похилого віку. Найважливішим в організації догляду і медико-профілактичної допомоги пацієнтам похилого віку більшість респондентів вважала навчання членів сім'ї основам догляду за хворим. Переважна більшість опитаних усіх чотирьох груп (магістрів, бакалаврів, дипломованих і практикуючих сестер) назвала спілкування основною потребою пацієнтів похилого віку. Практикуючі медичні сестри визначили, що проблема депресії в літніх людей важливіша за новоутворення.

Жоден з опитаних не вказав, що отриманих у навчальному закладі знань для нього недостатньо. Натомість, переважна більшість магістрів (93,0±2,8%), бакалаврів (88,0±3,6%) і практикуючих медсестер (73,0±4,9%) зазначила, що отриманих у навчальному закладі знань для них цілком достатньо. Така впевненість, на жаль, не підтверджена відповідями на питання, за якими ми перевіряли реальні знання респондентів щодо особливостей організації профілактичної допомоги пацієнтам похилого віку.

Показано, що реальні знання опитаних, зокрема, відсоток правильних відповідей на питання щодо

геронтології та гериатрії був істотно нижчим за суб'єктивну оцінку знань респондентів усіх чотирьох груп. Дипломованим медичним сестрам, бакалаврам і магістрам у переважній більшості бракувало знань із методики оцінювання функціонування здорової сім'ї та сім'ї з підвищеним ризиком захворювань. Практикуючі медичні сестри зазначили, що їм необхідні більш глибокі знання з етики та деонтології. У цілому, достатній рівень знань з проблем геронтології та особливостей догляду і лікування осіб похилого віку мали 49,0% дипломованих медсестер, 54,0% практикуючих медичних сестер, 63,0% медсестер-бакалаврів і 87,0% магістрів медсестринства.

### Висновки

Збереження здоров'я осіб похилого віку та наукове обґрунтування перспективних напрямів поліпшення

надання медичної та соціально-побутової допомоги самотнім хворим похилого віку є актуальною проблемою в Україні.

Вітчизняний та зарубіжний досвід роботи у цьому напрямі свідчить про можливість підвищення обсягів та якості надання медичної допомоги вдома людям похилого віку шляхом більш широкого залучення до цієї роботи медичних сестер.

Однак розширення медсестринських втручань при наданні медичної допомоги хворим похилого віку вдома потребує відповідної компетенції медичних сестер.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на підвищення рівня підготовленості медичних сестер із сімейної медицини та геронтології. З огляду на це слід розробити відповідні спецкурси і збільшити кількість годин, відведених на їх вивчення на додипломному і післядипломному рівнях підготовки.

### Список літератури

1. *Апарин И. С.* О проблемах медико-социальной помощи пожилым / И. С. Апарин, Н. В. Экер // Проблемы управления здравоохранения. – 2006. – Т. 26, № 1. – С. 81–83.
2. *Вороненко Ю. В.* Сімейна медицина в Україні / Ю. В. Вороненко // Журнал Академії медичних наук України. – 2005. – Т. 11, № 1. – С. 24–35.
3. *Слабкий Г. О.* Аналітична оцінка стану здоров'я населення старших вікових груп / Г.О. Слабкий, Ю. Б. Ященко, Д. О. Бахтіярова // Україна. Здоров'я нації. – 2012. – № 3 (19). – С. 13–17.
4. *Статистичний щорічник Житомирської області / за ред. Г. А. Пашинської.* – Житомир : Головне управління статистики у Житомирській області, 2012. – 478 с.
5. *European Commission Directorate-General for Education and Culture.* Implementation of «Education and training 2010». Work programme. Working group B: «Key Competences». Key competences for lifelong learning European reference framework. November 2004. – Access mode : [http://72.14.221.104/search?q=cache:E\\_TSYLOB9AJ:uropa.eu.int/comm.education/policies/2010/doc/basicframe.pdf+Key+competemces&hl=uk&gl=ua&ct=clnk&cd=1](http://72.14.221.104/search?q=cache:E_TSYLOB9AJ:uropa.eu.int/comm.education/policies/2010/doc/basicframe.pdf+Key+competemces&hl=uk&gl=ua&ct=clnk&cd=1). – Title from screen.
6. *Saltman R. B.* European health care reform: analysis of current strategies / R. B. Saltman // World health organization on behalf of European Observatory of Health Systems and Policies Series. – 2006. – 326 p.
7. *Taylor R.* Family medicine. Principles and practice / R. Taylor // American health care. – New-York, 2008. – P. 78–89.

### Медико-профилактическая помощь пациентам пожилого возраста

*В.Й. Шатило (Житомир)*

Освещены особенности оказания медицинской помощи пациентам пожилого возраста на региональном уровне. Проанализированы возрастные особенности заболеваемости и смертности лиц пожилого возраста. Подчеркнута роль медицинских сестер в проведении медико-профилактической работы с пациентами пожилого возраста.

**Ключевые слова:** геронтология, организация медицинской помощи.

### Medical and prophylactic care for patients of advanced age

*V.Y. Shatylo (Zhytomyr)*

The features of organization at regional level the medical care to declining year's patients have been reflected. The age-old features of morbidity and death rate of persons have been analysed. Underline role of nurses in carrying out medical care with patients of advanced age.

**Key words:** gerontology, organization of medical care.

*Дата надходження рукопису до редакції: 01.11.2013 р.*