

ФЕДЕРАЛЬНАЯ СЛУЖБА ПО НАДЗОРУ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ



ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА

№ 4
(2016)

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ



ПЕРСОНА С ОБЛОЖКИ

*О.Н. ТКАЧЁВА,
главный
гериатр
Минздрава РФ,
д.м.н.,
профессор*

ТЕМА НОМЕРА

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ



ПРИЛОЖЕНИЕ НА CD-ДИСКЕ

- I. Информационные письма о новых данных по безопасности лекарственных препаратов.
- II. Перечень нормативных правовых актов, регулирующих оказание медицинской и социальной помощи людям пожилого возраста в Российской Федерации.

ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА

РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ



ПОДПИСКА НА 2016 ГОД



*Комплексное обсужде-
ние проблем, связан-
ных с вопросами госу-
дарственного регули-
рования в сфере
здравоохранения
и фармдеятельности.*

- Вам интересна точка зрения Росздравнадзора на проблемы, связанные с государственным регулированием в сфере здравоохранения и фармдеятельности?
- Вы хотите знать о новых аспектах в вопросах лицензирования медицинской и фармацевтической деятельности?
- Вас волнуют вопросы обращения лекарственных средств, медицинских изделий, внедрения порядков и стандартов медицинской помощи?
- Вам важно, как обстоят дела в обеспечении контроля качества лекарственных средств и медицинских изделий?
- Вы готовы принять участие в комплексном обсуждении проблем, связанных с вопросами внедрения инновационного менеджмента в сфере здравоохранения?

ТОГДА «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА» — ВАШ ЖУРНАЛ!

Подписку на журнал можно оформить во всех почтовых отделениях Российской Федерации по каталогу агентства «Роспечать» «Газеты. Журналы».

Подписной индекс издания на год — 70065
Подписной индекс издания на полугодие — 47054

Стоимость подписки на год — 4 200 руб., на полугодие — 2 100 руб.

109074, Москва, Славянская площадь, 4, стр. 1,
тел.: (499) 578-02-15. e-mail: o.f.fedotova@mail.ru,
www.rozdravnadzor.ru

Уважаемые коллеги!

Тема данного номера журнала — совершенствование медицинской помощи гражданам пожилого возраста — представляется нам чрезвычайно важной. Демографические тенденции неуклонного старения населения большинства стран мира, включая Россию, очевидны. Уже в обозримом будущем почти каждый четвертый гражданин страны достигнет возраста старше 60 лет. Это требует от системы здравоохранения формирования специфических подходов к работе с таким контингентом пациентов, а от врачей и среднего медицинского персонала — овладения гериатрическими знаниями и навыками. Врачи должны уметь вовремя распознать специфические для этого возраста и обусловленные новыми качествами стареющего организма заболевания нервной, опорно-двигательной, эндокринной, мочевыделительной и других систем, которые формируют множественные гериатрические синдромы, такие как высокий риск падений, саркопении, когнитивные нарушения, синдром старческой астении и многие другие.

Задачи гериатрии — в условиях полиморбидности и множественности патологических процессов у пожилого человека как можно дольше сохранить высокое качество его жизни, способность к самообслуживанию, уменьшить риск инвалидизации или ее прогрессирования. Сделать это можно только в условиях хорошо функционирующей единой системы, предусматривающей преемственность ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты.

Координация деятельности государственных и общественных институтов для решения существующих проблем граждан старшего поколения требует совершенствования правовых, организационно-управленческих, кадровых, финансово-экономических, научно-методических и информационных механизмов. И реальные шаги в этом направлении уже предприняты на самом высоком уровне: ВОЗ реализует глобальную стратегию в отношении психического здоровья граждан позднего возраста, у нас в стране в феврале этого года утверждена Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года, разработан Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия», активно создается единая система оказания гериатрической помощи. Результатом этих действий должно стать сохранение здоровья и активного долголетия старшего поколения российских граждан.



*С уважением, М.А. Мурашко, главный редактор журнала,
руководитель Федеральной службы
по надзору в сфере здравоохранения*

СОДЕРЖАНИЕ

ПЕРСОНА С ОБЛОЖКИ

Ольга ТКАЧЁВА:
«Гериятрия — это инвестиции в будущее» 5

ГЛАВНАЯ ТЕМА

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

З.И. КЕКЕЛИДЗЕ, Л.Е. ПИЩИКОВА, Ю.И. ПОЛИЩУК
**Стратегии в отношении психического
здоровья граждан позднего возраста** 9

А.В. ВОВЧЕНКО
**Основные направления и достижения
в области социального обслуживания
граждан пожилого возраста** 15

А.С. БАШКИРЁВА
**Инновационные геронотехнологии
в развитии стратегии действий в интересах
граждан старшего поколения в РФ** 19

О.П. ГНАТЮК
**Медицинская помощь лицам пожилого
и старческого возраста. Проблемы и механизмы
реализации стратегии на региональном уровне** ... 25

СТАНОВЛЕНИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ СЛУЖБЫ В РОССИИ

О.Н. ТКАЧЁВА
**Современная концепция развития гериатрической
помощи в Российской Федерации** 31

В.Ю. СЕРПОВ
**Создание гериатрической службы
в России: опыт Санкт-Петербурга** 36

А.С. БАШКИРЁВА
**Развитие гериатрической службы
в Ленинградской области:
предпосылки и перспективы** 43

КЛИНИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ

Ю.И. ПОЛИЩУК, Л.Е. ПИЩИКОВА
**Медицинская помощь людям
пожилого и старческого возраста
с психическими расстройствами** 48

Е.Г. ЗОТКИН, В.Ю. СЕРПОВ
**Проблемы и перспективы
в оказании медицинской
помощи пациентам с остеопорозом** 53

Г.Г. КРИВОБОРОДОВ
**Ургентное недержание мочи
у больных пожилого и старческого возраста** 58

Г.А. НОВИКОВ, С.В. РУДОЙ, М.А. ВАЙСМАН,
О.В. ЗЕЛЕНОВА, Д.В. ПОДКОПАЕВ
**Паллиативная медицинская помощь
в гериатрии — неотъемлемая часть стратегии
развития паллиативной медицины в России** 63

ПОДГОТОВКА КАДРОВ

Н.О. ЗАХАРОВА
**Опыт преподавания геронтологии
и гериатрии на кафедре гериатрии
в Самарском государственном
медицинском университете** 69

УПРАВЛЕНИЕ КАЧЕСТВОМ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Ю.В. МИХАЙЛОВА, И.В. ИВАНОВ,
И.Б. ШИКИНА, А.В. ПОЛИКАРПОВ,
Н.А. ГОЛУБЕВ, В.И. ВЕЧОРКО
**Экспертные методы при выборе показателей
для независимой оценки качества медицинской
помощи в медицинских организациях,
оказывающих амбулаторную помощь** 74

СОБЫТИЕ

**Российские врачи —
чемпионы мира по футболу** 78



ПРИЛОЖЕНИЕ К ЖУРНАЛУ «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА» (№4 за 2016 г.)

I. Информационные письма о новых данных по безопасности лекарственных препаратов.

II. Перечень нормативных правовых актов, регулирующих оказание медицинской и социальной помощи людям пожилого возраста в Российской Федерации.

SECTIONS

COVER PERSON

Olga TKACHEVA:
«Geriatrics is an investment in the future» 5

MAIN HEADLINE

IMPROVING MEDICAL CARE FOR THE ELDERLY IN THE RUSSIAN FEDERATION

KEKELIDZE Z.I., PISHCHIKOVA L.E., POLISCHUK Y.I.
**Strategy on mental health
of older adults** 9

VOVCHENKO A.V.
**The key areas and achievements
in the field of social services
for seniors** 15

BASHKIREVA A.S.
**Innovative gerontotechnologies
in the strategy for action development
for the elderly persons in Russia** 19

GNATYUK O.P.
**Medical care for the elderly and senile people.
Problems and mechanisms of the strategy
implementation at the regional level** 25

FORMATION OF THE GERIATRIC SERVICE IN RUSSIA

TKACHEVA O.N.
**The modern concept of the geriatric care
development in the Russian Federation** 31

SERPOV V.Y.
**Setting up geriatric care in Russia:
the experience of St. Petersburg** 36

BASHKIREVA A.S.
**Development of geriatric services
in the Leningrad region:
background and prospects** 43

CLINICAL ASPECTS

POLISCHUK Y.I., PISHCHIKOVA L.E.
**Medical assistance
to elderly people
with mental disorders** 48

ZOTKIN E.G., SERPOV V.Y.
**Problems and prospect
of health care for patients
with osteoporosis** 53

KRIVOBORODOV G.G.
**Urge incontinence in elderly
and senile patients** 58

NOVIKOV G.A., RUDOY S.V., WEISSMAN M.A.,
ZELENOVA O.V., PODKOPEV D.V.
**Palliative geriatric medical care
is an integral part of the palliative
medicine development strategy in Russia** 63

STAFF TRAINING

ZAKHAROVA N.O.
**Experience of teaching gerontology
and geriatrics at the department
of geriatrics at the Samara State
Medical University** 69

EXAMINATION OF MEDICAL AID QUALITY

MIKHAYLOVA Y.V., IVANOV I.V.,
SHIKINA I.B., POLIKARPOV A.V.,
GOLUBEV N.A., VECHORKO V.I.
**Expert methods at a choice of indicators
for an independent assessment quality
of medical care in the medical organizations
giving out-patient helpsummary** 74

EVENTS

**Russian doctors
are football world champions** 78



SUPPLEMENT TO THE JOURNAL VESTNIK ROSZDRAVNADZORA (NO. 4, 2016), CD-VERSION

- I. Bulletins with an update on the safety of medicines.
- II. Normative legal acts regulating medical care for the elderly in the Russian Federation.



РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
ЖУРНАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ
В СФЕРЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ФАРМАЦЕВТИКИ

ИЗДАЕТСЯ С 2008 ГОДА

ИЗДАНИЕ ВХОДИТ В ПЕРЕЧЕНЬ
НАУЧНЫХ ЖУРНАЛОВ,
РЕКОМЕНДОВАННЫХ
ДЛЯ ПУБЛИКАЦИИ
ОСНОВНЫХ РЕЗУЛЬТАТОВ
ДИССЕРТАЦИОННЫХ
ИССЛЕДОВАНИЙ НА СОИСКАНИЕ
УЧЕНЫХ СТЕПЕНЕЙ КАНДИДАТА
И ДОКТОРА НАУК СОГЛАСНО
РЕШЕНИЮ ПРЕЗИДИУМА ВЫСШЕЙ
АТТЕСТАЦИОННОЙ КОМИССИИ
МИНОБРНАУКИ РОССИИ
ОТ 1 ДЕКАБРЯ 2015 Г.

ПОЛНОТЕКСТОВАЯ
И СОКРАЩЕННАЯ ВЕРСИИ
ЖУРНАЛА ПРЕДСТАВЛЕНЫ
НА САЙТАХ WWW.ROSZDRAVNADZOR.RU
И WWW.FGU.RU

Учредитель и издатель

ФГБУ «ИМЦЭУАОСМП» Росздравнадзора

Главный редактор

Мурашко М.А., д.м.н.

Редакционный совет

Астапенко Е.М., к.т.н., astapenkoem@roszdravnadzor.ru

Бошкович Р., (Республика Сербия) radomir.boskovic@mik.msk.ru

Брескина Т.Н., д.м.н., t.breskina@yandex.ru

Иванов И.В., к.м.н., i.ivanov@cmkee.ru

Ишмухаметов А.А., д.м.н., проф., remedium@remedium.ru

Гнатюк О.П., д.м.н., info@reg27.roszdravnadzor.ru

Каграманян И.Н., к.э.н., kagramanyanin@rosminzdrav.ru

Коротеев А.В., к.э.н., koroteevav@fgu.ru

Косенко В.В., к.ф.н., kosenkovv@roszdravnadzor.ru

Крупнова И.В., к.ф.н., krupnovaiv@roszdravnadzor.ru

Опимах М.В., opimahmv@roszdravnadzor.ru

Пархоменко Д.В., д.ф.н., parkhomenkodv@roszdravnadzor.ru

Поспелов К.Г., pospellovkg@roszdravnadzor.ru

Рогинко Н.И., roginkoni@roszdravnadzor.ru

Рошаль Л.М., д.м.н., проф., mail@doctor-roshal.ru

Сафиуллин Р.С., д.м.н., проф., info@reg16.roszdravnadzor.ru

Серёгина И.Ф., д.м.н., проф., i.seregina@roszdravnadzor.ru


Тарасенко О.А., д.м.н., tarasenko_oa@vniim.ru

Трешутин В.А., д.м.н., проф., info@reg22.roszdravnadzor.ru

Федотова О.Ф., o.f.fedotova@mail.ru

Шаронов А.Н., sharonovan@roszdravnadzor.ru

Юшук Н.Д., д.м.н., проф., акад. РАМН, prof.uyshuk@gmail.com

Исполнитель	ООО «Ремедиум» 
Генеральный директор ООО «Ремедиум»	Косарева Т.В.
Руководитель проекта	Федотова О.Ф., o.f.fedotova@mail.ru
Ответственный секретарь	Панарина М.Н.
Корректор	Миргород Т.В.
Руководитель отдела производства	Новожилов Ю.А.
Директор по PR и развитию	Кордубан Е.А.
Отдел распространения	Третьякова Г.Л., Качалин А.А., Ткачева М.В., podpiska@remedium.ru

Адрес учредителя: 109074, Москва, Славянская площадь, 4, стр. 1. www.roszdravnadzor.ru, e-mail: o.f.fedotova@mail.ru, тел.: (499) 578-02-15.

Адрес редакции: 105082, Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10. Адрес для корреспонденции: 105082, Москва, а/я 8.

Тел. исполнителя: (495) 780-34-25, факс: (495) 780-34-26.

Издание зарегистрировано в Федеральной службе по надзору в сфере связи, информационных технологий и массовых коммуникаций (Роскомнадзор).

Регистрационное свидетельство ПИ №ФС77-53457 от 29 марта 2013 г., ISSN 2070-7940. Тираж 3 500 экз. Цена 1 экз. 700 руб.

Типография ООО «Графика»: Москва, ул. Новолесная, 5.

Ольга ТКАЧЁВА: «Гериатрия — это инвестиции в будущее»

«Зрелость любого государства определяется двумя показателями: его заботой о детях и его уважительным отношением к старикам», — эти слова Конфуция почти за две с половиной тысячи лет не утратили своего изначального смысла. Напротив, на фоне неуклонного старения населения в мире они становятся все более актуальными. В Российской Федерации в настоящее время доля пожилых людей составляет 20% и в ближайшие 10 лет вырастет почти до 24%. Иными словами, уже в обозримом будущем каждый четвертый гражданин

нашей страны будет относиться к этой возрастной категории. И значит, особая забота о старшем поколении должна стать неотъемлемой частью государственной политики в целом и системы здравоохранения в частности. О становлении гериатрической службы в России и основных особенностях работы с этой категорией граждан — наше интервью с доктором медицинских наук, профессором, директором Российского геронтологического научно-клинического центра, главным внештатным гериатром Минздрава России О.Н. ТКАЧЁВОЙ.

? — Ольга Николаевна, увеличение продолжительности жизни населения однозначно расценивается как достижение и выводит гериатрическую науку на новый уровень развития, не так ли?

— Сложившаяся демографическая ситуация в XXI в., которая характеризуется старением населения, заставляет нас обратить более пристальное внимание на граждан пожилого возраста. Буквально в этом году мы достигли исторического максимума продолжительности жизни — 65,81 года для мужчин и 76,61 года для женщин, и как социально ориентированное государство должны заботиться о нашем старшем поколении. Это заставило нас реанимировать интерес к гериатрии — области клинической медицины, изучающей основные принципы профилактики, диагностики и лечения заболеваний у пациентов старшей возрастной группы. И серьезные реальные шаги в этом направлении на уровне государства уже сделаны. В феврале 2016 г. принята Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г. Это большая межведомственная программа, в разработке кото-



рой принимали участие 23 министерства и ведомства, общественные фонды и благотворительные организации. В Стратегии прописаны не только вопросы оказания медицинской помощи людям пожилого возраста, повышения продолжительности, уровня и качества их жизни, но и стимулирование активного долголетия таких граждан, их социального и экономического интегрирования в жизнь общества. Наконец, в Стратегии впервые звучит тезис о том, что в России должна функционировать единая гериатрическая служба.

Следом за принятием Стратегии, в марте 2016-го, Минздравом России был утвержден порядок оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия». Порядок прописывает трехуровневую систему оказания медицинской помощи людям пожилого возраста, имеет силу закона и обязателен для исполнения на всей территории страны. Мы не заменяем гериатрией другие виды помощи. Это не значит, что пожилого пациента где-то откажут лечить другие специалисты, в том числе с использованием высоких медицинских технологий. Отказ по возрасту расценивается как дискриминация. По-

жилой гражданин имеет все те же права на получение медицинской помощи в любом медицинском учреждении, что и другие люди. Гериатрическая служба — это нечто дополнительное, что ориентировано, прежде всего, на качество жизни пожилых людей, на то, чтобы сохранить их способность к самообслуживанию и предотвратить инвалидность. Этот порядок регламентирует развитие амбулаторной гериатрической помощи и создание гериатрических кабинетов в каждой медицинской организации. Мне кажется, что принятие этих двух важнейших документов — Стратегии и порядка — именно тот базис, который позволит гериатрии в нашей стране развиваться дальше.

? — *Уже почти два года как вы назначены главным внештатным специалистом-гериатром Минздрава России. Какие задачи вам приходится решать в первую очередь?*

— К сожалению, гериатрическая служба в России все еще представлена фрагментарно, а не как единая система с налаженным взаимодействием между разными звеньями здравоохранения и между системой здравоохранения и социальными службами. Поэтому моя главная задача на этом этапе — распространить идеологию гериатрии на все регионы, чтобы в каждом из них появился главный гериатр и свой пул специалистов, сформировать команду, которая будет заниматься организационно-методическими вопросами создания гериатрической службы в субъектах Российской Федерации. Для консолидации наших усилий и решения организационных вопросов создана специальная профильная комиссия, которая включает в себя главных гериатров субъектов РФ, а также ключевых специалистов в этой области. Сейчас в профильную комиссию входят представители чуть больше 40 субъектов, и нам нужно сформировать ее полностью, чтобы в ней были представлены все регионы России.

Это на самом деле большая проблема, потому что в некоторых регионах вообще нет подготовленных специалистов такого профиля, ни главных, ни каких-либо других, несмотря на то что сейчас у нас в стране 44 кафедры геронтологии и гериатрии, и несколько тысяч специалистов по всей России ежегодно осваивают тот или иной вид образовательных программ, будь то первичная переподготовка, сертификационные циклы или тематическое усовершенствование по этой специальности.

Вторая задача касается подходов к профессиональной подготовке гериатров. Проблема состоит в том, что на многих кафедрах преподают гериатрию как внутренние болезни у пожилых людей. Но это не совсем правильно. Гериатрия — это специальность, которая занимается старением как таковым. Гериатр должен понимать, как протекает физиологическое старение человека, с какими рисками оно сопряжено. Он должен хоро-

шо ориентироваться в т. н. гериатрических синдромах, то есть специфических для пожилых людей состояниях, которые не рассматриваются в других специальностях. К ним относятся высокий риск падений, когнитивные нарушения, высокий риск переломов и остеопороз, синдром мальнутриции, т. е. нарушение питания, недержание мочи, синдром старческой астении — всего таких синдромов насчитывается более 60. С учетом этих специфических особенностей надо модифицировать образовательные стандарты под нужды гериатрии. Ориентация образования должна быть направлена на старение как таковое, на социальные проблемы пожилых, которые тоже входят в зону ответственности гериатра.

Третья проблема состоит в том, что надо готовить не только врачей, но и медсестер, и специалистов по уходу за пожилыми людьми. Медики, парамедики, социальные работники должны обладать определенными навыками взаимодействия с этой категорией пациентов. Для нас совершенно очевидно, что педиатр или детская медсестра должны уметь ухаживать за ребенком, понимать его психологию и знать, как вести себя с ним. Точно так же есть немало специфических особенностей ухода за пожилыми людьми, которым обязательно надо учиться. Следует формировать не только навыки правильного ухода — обработки пролежней, правильного кормления и обеспечения гигиены, — но и навыки общения с ними, что подчас бывает даже более важным, чем простой уход.

? — *И куда более трудным, потому что нередко введет к эмоциональному выгоранию.*

— Да, у работающих с пожилыми людьми эмоциональное выгорание наступает довольно часто, когда на фоне длительного стресса и психической перегрузки перестаешь сочувствовать человеку, устаешь от непонимания, от отсутствия благодарности. Но с этим тоже можно и нужно бороться. В Израиле, например, для того чтобы смягчить нагрузки от такого общения, на двери палаты, где лежат пожилые люди, вешают их фотографии в детстве и в молодости. Чтобы персонал видел, что перед ними человек, который тоже был молодым, что под оболочкой пожилого больного скрывается все тот же ребенок или тот же молодой человек.

У пожилых людей нередко страдает память, они плохо адаптируются к изменению ситуации, и при госпитализации их в стационар у них может развиваться так называемый гериатрический делирий, т. е. преходящие волнообразные изменения когнитивного статуса. Многие врачи нередко наблюдают, как, оказавшись в незнакомом месте, пожилой человек на какое-то время попросту теряет рассудок. Сегодня пациент вас не узнает, не ориентируется в пространстве и вообще не понимает, где он находится, а на следующий день он уже

свободно с вами общается, адекватно отвечает на все вопросы. Гериатрический делирий утяжеляет течение болезни, удлиняет период госпитализации, повышает риск осложнений, увеличивает смертность. Порой пациента уже выписывают, а он все еще находится в этом хрупком двойственном состоянии.

Вообще надо понимать, что пребывание пожилого человека в стационаре уже само по себе большой стресс для него. У пациента, доставленного каретой скорой помощи в больницу, дома остаются его очки, его слуховой аппарат, его трость. Его укладывают на кровать с высоким поручнем, чтобы он не упал. Представьте себе его ужас, когда он оказывается в незнакомом месте совершенно беспомощным: не может самостоятельно встать с кровати, плохо видит и слышит, и нет ни одного близкого человека рядом. Вдобавок ко всему у него начинаются первые когнитивные расстройства, например, проблемы с памятью. Для него это запредельный стресс.

? — А что поможет сделать пребывание такого пациента в стационаре более комфортным?

— Помогут очень простые, но действенные вещи. Попросите привезти из дома его палку, очки, слуховой аппарат, какую-нибудь фотографию, которую вы поставите ему на тумбочку. Попросите его семью приехать навестить его и не делайте им фиксированные часы приема: в гериатрическом стационаре доступ к пациенту должен быть свободным. Надо, чтобы персонал улыбался, чтобы все были доброжелательными и терпеливыми. Просто надо понимать, что к вам поступил большой ребенок, и относиться к нему соответственно. Мне очень понравилась, как одна из наших сотрудниц сказала, что гериатрическая больница — это инкубатор для пожилых. Там все должно быть удобно для пожилого человека, все рассчитано под его нужды. Санузлы должны быть без приступков и не скользкие, кровати удобные и функциональные, свет должен легко включаться, двери легко открываться. И — никаких порогов и ступенек! Везде должна быть доступная среда, чтобы человек мог проехать на коляске. Должна быть возможность помыться сидя. Все должно быть приспособлено под человека, который плохо видит, плохо ходит, плохо слышит. Еще в приемном покое он должен тестироваться на риск падений, и, если этот риск высок, ему на руку наденут браслет определенного цвета. Чтобы персонал знал, что такой пациент нуждается в сопровождении, ему нельзя сказать «иди на исследование в такой-то кабинет». Чтобы не получилось, что он пошел на это обследование, по пути упал и сломал шейку бедра, после чего он может вообще не встать. Поэтому нам нужно создавать особые условия для таких пациентов, а работать с ними должна команда специалистов разного про-

филя, обученных для работы с таким контингентом больных, к которым не применимы обычные подходы.

? — Специалисты какого профиля должны входить в гериатрическую команду? Чем вообще гериатрический подход отличается от подхода к обычному пациенту?

У пожилого человека, как правило, много заболеваний. Обычный подход состоит в том, чтобы начать лечить все болезни сразу. Но в отношении людей старческого возраста это не совсем правильно. Если назначить такому пациенту все необходимые препараты для лечения каждой болезни, можно зайти в тупик: давно известно, что некоторые лекарства способны давать перекрестную реакцию, инактивировать или усиливать друг друга и тем самым ухудшать состояние пациента. Поэтому в гериатрии следует использовать цель-ориентированную терапию. Надо разобраться, какая проблема у пациента самая главная, что снижает качество его жизни, и затем подбирать терапию, ориентируясь на возраст. Например, если при лечении гипертонии в общей популяции мы стараемся снизить АД до 140/90 и ниже, то в популяции пожилых людей и людей старческого возраста мы будем ориентироваться на более мягкие показатели. Не нужно стремиться снизить давление до идеального. То же самое и с уровнем, например, холестерина и глюкозы в крови. Задачи гериатрии — не вылечить все болезни сразу, что по определению невозможно, а сохранить как можно дольше высокое качество жизни человека, его способность к самообслуживанию, уменьшить риск инвалидизации или, если она уже есть, риск ее прогрессирования.

Кроме медицинских работников, включая средний и младший медицинский персонал, в состав гериатрической команды должны входить психолог и социальный работник. Для людей этого возраста психологическая составляющая крайне важна. Синдром одиночества — один из самых частых в гериатрической практике. И если, например, пневмонию мы можем вылечить таблетками, то на синдром старческой астении, на эту физическую и эмоциональную хрупкость никак повлиять не сможем, какие бы высокие технологии мы ни применяли, если не будем понимать, где и с кем живет пациент, на какие деньги он живет, что происходит у него дома. Одиночество стариков в собственной семье и насилие над ними — явление довольно частое. Причем насилие это может быть не обязательно физическим, оно может быть психологическим. Старого человека могут попросту игнорировать, не замечать его присутствия, искусственно создавать вокруг него вакуум. Как можно его лечить, если он одинок и даже в собственной семье чувствует себя изгоем? Поэтому в гериатрическую программу обязательно должно быть включено социальное и психологическое консультирование, потому что без реше-

ния этих проблем мы не сможем помочь пациенту. Еще одна особенность, на которую, как мне кажется, следует обращать больше внимания, — это когнитивные нарушения, которые с возрастом только нарастают. Каждый четвертый человек старше 65 и каждый второй старше 85 лет страдает нарушениями мышления и памяти. Человек становится забывчивым, иногда даже агрессивным, неадекватно реагирует на окружающих. И врачи, и семья должны понимать, что это проявления заболевания. Либо это сосудистая деменция, либо болезнь Альцгеймера, либо другие, более редкие формы дементных нарушений. К сожалению, мы практически не умеем их диагностировать на ранней стадии и поэтому мало чем можем помочь таким пациентам. Подумайте сами, кто этим занимается? Психиатр? Только когда появляются аффективные расстройства. Невролог? Он больше занимается инсультом, остеохондрозом. Терапевт, как правило, вообще ничего об этом не знает. А если бы мы научились диагностировать ту же болезнь Альцгеймера на ранней стадии, тогда смогли бы раньше начать лечение и пролонгировать период независимости пациента. Окружение человека с болезнью Альцгеймера значит для него гораздо больше, чем назначение лекарств. Семья пациента должна понимать, что у нее появилась новая проблема, которая со временем будет только прогрессировать. Не нужно решать за пожилого пациента все задачи, он должен стараться как можно больше делать сам. Нужно, чтобы этого пожилого человека понимали, и чтобы он как можно дольше оставался в социуме.

В гериатрическую команду также обязательно должен входить социальный работник, который даст подробные рекомендации пациенту или его семье относительно того, на какие льготы и пособия он имеет право, какие лекарства может получать бесплатно, в какие социальные программы он может быть включен по месту жительства, и т. д. Минздрав и Минтруд уже издали целый ряд документов для осуществления такого взаимодействия. Например, некоторые поликлиники заключают договоры с центром социального обслуживания. Поликлиника сообщает в центр о пациентах, которые нуждаются в социальной помощи, а центр, в свою очередь, дает какую-то информацию поликлинике. В одной из поликлиник Москвы был отличный проект, когда социальный работник приходил в поликлинику в определенные дни и часы и консультировал пожилых пациентов по социальным вопросам. Но таких примеров пока очень мало.

? — *Ольга Николаевна, расскажите об акции «Столетний гражданин», которую инициировал ваш геронтологический центр.*

— Мы обследовали 100 москвичей, которые достигли 100-летнего юбилея. Наши специалисты выезжают к

ним на дом, забирают у них некоторые анализы, смотрят состояние сердца и сосудов и вместе с социальной службой составляют индивидуальный план медико-социальной помощи. Это очень интересная и сложная работа, мы даже до конца не представляли себе, кто такой 100-летний житель Москвы. Мы нередко видим столетних людей, у которых нет сердечно-сосудистых, онкологических заболеваний, сахарного диабета, и вся их проблема состоит в том, что они либо плохо видят, либо у них отсутствуют зубы, либо они страдают недержанием мочи. И надо не только внимательно осмотреть этих людей, но и чем-то им помочь. Или, скорее даже, ничем не навредить. Почитайте у нас на сайте www.rgnkc.ru впечатления врачей о визитах к долгожителям. Один пример: 100-летняя мама живет вместе с 80-летним сыном. Она прекрасно выглядит, она вообще не болеет, она с маникюром и прической, дома чисто, ей все интересно и ново, она живет активной жизнью и получает от нее удовольствие. Но есть и такие долгожители, которые чувствуют себя совершенно брошенными и одинокими, им не хочется следить за собой и интересоваться жизнью, дома у них грязно и неудобно. Вот такие разные истории. Это проблема не только этих людей, это проблема всего нашего общества.

У нас ведь не просто растет количество пожилых людей, у нас растет так называемая глубина старения, когда становится все больше долгожителей, т. е. людей старше 90 лет. А старше 100 лет — это уже вообще особенный человек. Не зря в Великобритании королева лично поздравляет со 100-летним юбилеем своих граждан, дарит им подарки. Мне кажется, у нас в стране таким людям тоже нужно особое внимание. Например, можно сделать большую программу «Столетний гражданин России» или «Долгожитель России» и говорить о тех людях, которые дожили до 100 лет.

? — *Ольга Николаевна, сформулируйте ваше обращение к читателям.*

— Население планеты становится все более и более старым, и самой быстрорастущей возрастной категорией сейчас являются люди старше 80 лет. Если мы ничего не станем предпринимать, то попросту захлебнемся медицинскими, экономическими, социальными проблемами. Мы все время говорим, что дети — это наше будущее. И в масштабах государства это правильно. Но если посмотреть на будущее каждого из нас, то это старость. Звучит печально? Но только в том случае, если мы не будем развивать гериатрию. Без сомнения, гериатрия — это инвестиции в наше будущее. И мы должны развивать эту область медицины. Хотя бы из чувства эгоизма.

Беседовала Кира МОЛЧАНОВА

СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ
ЛЮДЯМ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

З.И. КЕКЕЛИДЗЕ, Л.Е. ПИЩИКОВА, Ю.И. ПОЛИЩУК

Стратегии в отношении психического
здоровья граждан позднего возраста

Кекелидзе З.И., Пищикова Л.Е., Полищук Ю.И. Стратегии в отношении психического здоровья граждан позднего возраста
В статье анализируются итоги прошедших заседаний Всемирной ассамблеи здравоохранения и Исполкома ВОЗ, где рассматривались Глобальная стратегия и план действий по старению и здоровью и стратегии в отношении деменций, которые приняты для реализации государствами-членами ВОЗ, в т. ч. Россией. Анализируется ситуация с психическими расстройствами позднего возраста и деменциями в стране. Формулируются стратегии по их преодолению.

Kekelidze Z.I., Pishchikova L.E., Polischuk Y.I. Strategy on mental health of older adults
The article analyzes the results of the recent World Health Assembly and the WHO Executive Board meetings which considered the Global Strategy and Action on Ageing and Health as well as strategies for dementia which were adopted for the implementation by the WHO member states including Russia. The national situation with mental disorders in later life and dementia is evaluated. The strategies to manage those are formulated.

Ключевые слова: ВОЗ, здоровое старение, дискриминация, эйджизм, жестокое обращение, психические расстройства позднего возраста, деменции, болезнь Альцгеймера, классификация, статистические данные, геронтология и гериатрия, гериатрическая психиатрия

Keywords: WHO, healthy aging, discrimination, ageism, abuse, mental disorders of older adults, dementia, Alzheimer's disease, classification, statistics, gerontology and geriatrics, geriatric psychiatry

В мае 2016 г. в Женеве состоялась 69-я сессия Всемирной ассамблеи здравоохранения и 139-й Исполнительный комитет ВОЗ, в работе которых приняла участие российская делегация. На Исполкоме ВОЗ был рассмотрен доклад секретариата по теме повестки дня «Деменция».

■ Деменция — приоритет
общественного здравоохранения

По данным, представленным секретариатом Исполкома ВОЗ, каждый год почти у 8 млн человек в мире развивается деменция, что соответствует новому случаю заболевания каждые четыре секунды. В 2015 г. деменция была диагностирована более чем у 47 млн человек во всем мире, ожидается, что этот показатель вырастет до 76 млн к 2030 г. и 145 млн к 2050 г.

Деменция приводит к росту долгосрочных расходов правительств, сообществ, семей и отдельных лиц

З.И. КЕКЕЛИДЗЕ, д.м.н., профессор, генеральный директор ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского», главный внештатный специалист – психиатр Минздрава России, info@serbsky.ru
Л.Е. ПИЩИКОВА, д.м.н., руководитель группы геронтопсихиатрических исследований, info@serbsky.ru
Ю.И. ПОЛИЩУК, д.м.н., профессор, руководитель отделения гериатрической психиатрии, yu.polishuk@mail.ru
ФГБУ «Федеральный медицинский исследовательский центр психиатрии и наркологии им. В.П. Сербского» Минздрава России

на медицинскую помощь и обуславливает потерю производительности в экономике стран. В 2010 г. глобальные расходы, связанные с деменцией, оценивались в 604 000 млн долл., что соответствует 1% мирового валового внутреннего продукта [11]. К 2030 г., по оценкам специалистов, расходы на уход за больными деменцией во всем мире составят 1 200 000 млн долл. или больше, что может подорвать социальное и экономическое развитие в глобальном масштабе.

Потребности в лечении деменции и в уходе за больными во многом не удовлетворяются. Во всем мире существует проблема недостаточного диагностирования деменции, а если диагноз и ставится, то, как правило, уже на поздней стадии заболевания. В странах с низким и средним уровнем доходов до 90% деменцией не диагностируются и больные не получают лечение и уход [3].

Отмечается недостаточная информированность о деменции, а пациенты часто становятся объектом стигматизации. Как для больных деменцией, так и для лиц, осуществляющих уход за ними, стигматизация может усугублять социальную изоляцию и приводить к задержкам в постановке диагноза. Отсутствуют специалисты соответствующего профиля и эффективные лекарства, остается возможность оказания лишь паллиативной помощи, которая также недостаточно развита.

Поведенческие и психологические симптомы деменции оказывают огромное влияние на качество жизни больных и тех, кто осуществляет уход за ними. Оказание больным деменцией неформальной помощи имеет серьезные эмоциональные последствия и негативно сказывается на психическом и физическом здоровье лиц, осуществляющих такой уход. У каждого четвертого из ухаживающих за больными деменцией отмечаются клинические признаки депрессии.

В целом отмечается неадекватность и несоответствие ожиданиям ответных мер систем здравоохранения государств-членов ВОЗ.

Отсутствие деменции в национальных приоритетах здравоохранения в большинстве стран обуславливает недостаток работы по систематическому мониторингу и оценке усилий в этой области, а также разрозненный характер социальных и медицинских услуг для больных деменцией. Лишь в 22 из 194 государств-членов ВОЗ имеется национальный план по борьбе с деменцией [9].

По результатам заседания, все страны-участники Исполкома ВОЗ проголосовали за безотлагательные меры по принятию стратегии по борьбе с деменцией к маю 2017 г. и в резолюции отметили, что эффективность мер реагирования на глобальное бремя деменции должна быть увеличена за счет объединенных усилий государств-членов и всех заинтересованных сторон по проведению необходимой политики и выделению ресурсов для оказания помощи больным деменцией, содействию исследованиям, поиску решений для терапии этой болезни, а также при условии присвоения этой проблеме должного приоритета в национальной и глобальной стратегической повестке дня.

Таким образом, принятые решения по теме повестки дня «Деменция» в ближайшее десятилетие будут определять дальнейшую стратегию развития систем здравоохранения стран-участников ВОЗ в отношении граждан старшего поколения во всем мире и в России.

■ Стратегические задачи ВОЗ в отношении деменции

На пути к принятию стратегических решений по повестки дня «Деменция» на протяжении последних лет ВОЗ разрабатывала глобальные программные документы, касающиеся вопросов деменции. В мае 2012 г. совместно с Международной организацией по болезни Альцгеймера ВОЗ опубликовала глобальный отчет о деменции как о приоритете общественного здравоохранения, призванный повысить осведомленность и призвать к действиям на международном и национальном уровнях в целях улучшения услуг,

предоставляемых больным деменцией и лицам, осуществляющим уход. На саммите Группы восьми (Лондон, 11 декабря 2013 г.), посвященном проблеме деменции, было принято коммюнике и подписана декларация о намерениях [10].

После саммита был учрежден Всемирный совет по деменции (World Dementia Council) [12]. В 2015 г. ВОЗ организовала первую Министерскую конференцию по глобальным действиям против деменции (Женева, 16—17 марта 2015 г.) [3]. На этой конференции был анонсирован план создания глобальной обсерватории по деменции, которая будет содействовать обмену передовой практикой и предоставлять техническую поддержку государствам-членам на базе разрабатываемой в настоящее время онлайн-платформы. В 2015 г. Панамериканской организацией здравоохранения (ПАОЗ) были разработаны и опубликованы первая региональная стратегия и план действий по борьбе против деменции [13]. Вопросы деменции касался представленный ВОЗ в 2015 г. Всемирный доклад о старении и здоровье [2] и рассмотренный Исполнительным комитетом ВОЗ на 138-й сессии в январе 2016 г. проект глобальной стратегии и плана действий в области старения и здоровья [7].

После всестороннего изучения представленных странами-участниками материалов, связанных с эпидемиологией, статистикой, экономическими затратами, эффективностью профилактических и лечебных мероприятий в отношении деменций и констатировав эпидемический характер их распространения в мире, ВОЗ предложила следующие стратегии по преодолению этой проблемы.

Повышение приоритетности глобальных усилий по борьбе против деменции и поддержка планов и стратегий на всех уровнях в интересах борьбы с деменцией:

- учет деменции в стратегиях по неинфекционным заболеваниям;
- стратегии, планы и программы по деменции, вписанные в общий подход к общественному здравоохранению и подчеркивающие важность снижения числа людей, у которых развивается деменция;
- приоритетность своевременного диагностирования на уровне первичной медико-санитарной помощи, профессиональной подготовки и создания механизмов мониторинга для отслеживания прогресса в осуществлении планов по деменции на национальном, региональном и местном уровнях;
- обеспечение баланса между уходом и терапией, повышение информированности населения об этом заболевании, учет мнения больных и лиц, осуществляющих уход, а также обеспечение их участия в процессах планирования на каждом этапе;

- разработка стратегических подходов к обеспечению исследований деменции с учетом необходимости своевременной диагностики, более оперативного и менее затратного проведения клинических испытаний, диверсификации терапевтических подходов с использованием как фармакологических, так и иных средств;
- необходимость многосекторальных действий и мультидисциплинарного подхода в преодолении проблемы деменций.

Повышение информированности о деменции и противодействие стигматизации:

- содействие лучшему пониманию проблемы деменции среди населения за счет информационно-пропагандистской работы с упором на соблюдение прав человека, больного деменцией;
- расширение возможностей и развитие потенциала больных деменцией и их семей для распространения знаний о деменции;
- совершенствование методов профилактики, диагностики и лечения деменции с учетом актуальных и появляющихся новых знаний.

Оказание помощи больным деменцией в поддержании достойного уровня жизни:

- обеспечение скоординированной работы медицинских и социальных служб, включая повышение профессиональной подготовки работников этих служб;
- содействие технологическим и социальным инновациям, направленным на удовлетворение потребностей больных деменцией и лиц, осуществляющих уход за ними;
- интеграция гендерного подхода в разработку планов, стратегий и мероприятий, направленных на улучшение жизни больных деменцией.

Признавая малоэффективность существующей противодементной терапии, Всемирная ассамблея здравоохранения отмечает ученых, внесших вклад в исследования в области лечения болезни Альцгеймера. В этом году премией был награжден доктор Микаэл Новак из Словении. Он является основателем Института нейроиммунологии Академии наук Словении — Центра по болезни Альцгеймера.

Среди его достижений — получение моноклонального антитела (MN423), которое способствовало открытию тау-белка как наиболее вероятной молекулярной причины болезни Альцгеймера. В настоящее время им разрабатывается одна из первых терапевтических вакцин, направленных на борьбу с болезнью Альцгеймера, достигших стадии клинических испытаний на человеке. После получения результатов первых испытаний в декабре 2015 г. она проходит вторую фазу тестирования.

■ Старение — глобальный вопрос повестки дня

Стратегии по предотвращению деменций невозможно осуществлять без целостного понимания проблем, связанных с глобальными демографическими процессами старения населения планеты. Старение населения оказывает сильнейшее воздействие на возникновение глобальной эпидемии деменции, вызывая необходимость в повышении осведомленности об этой проблеме. Несмотря на то, что деменция поражает главным образом пожилых людей, она не является нормальным компонентом процесса старения.

На Всемирной ассамблее здравоохранения была рассмотрена Глобальная стратегия и план действий по старению и здоровью, основанная на Политической декларации и Мадридском международном плане действий по проблемам старения [6] и Всемирном докладе о старении и здоровье [2].

В Глобальной стратегии определены три основополагающих подхода, которые являются общими практически для всех секторов здравоохранения в качестве приоритетов для осуществления. Ими являются:

- борьба с дискриминацией людей старшего возраста;
- создание возможностей для их автономности;
- поддержка здорового старения во всех политических направлениях и на всех уровнях управления.

Ключевым положением стратегии является презумпция здорового старения, определяющая старение как процесс развития и поддержания функциональной способности, обеспечивающей благополучие в позднем возрасте. Изменения, которые представляют собой старение и влияют на него, являются сложными. Однако они не являются ни линейными, ни последовательными и слабо связаны с количеством прожитых лет. Стратегией признается тот факт, что в процессе старения многие люди позднего возраста могут испытывать значительные потери физических и (или) когнитивных способностей, но в ответ на это общество должно стремиться содействовать их восстановлению, адаптации и достоинству.

В стратегии отмечается, что общество часто рассматривает человека старшего возраста стереотипным образом, который приводит к дискриминации отдельных людей или групп на основе только их возраста. Это явление получило название «эйджизма» (дискриминации по возрасту), и сейчас оно, возможно, является более распространенной формой дискриминации, чем дискриминация по половому (сексизм) или этническому признаку (расизм) [2, 7].

Принципиальная позиция стратегии, содействующая здоровому старению — борьба с эйджизмом, предполагающая принятие законов, административных мер, защищающих от дискриминации, изменение

или отмену законов, обычаев или практик, дискриминирующих людей позднего возраста прямо или косвенно.

В рамках антидискриминационных мер предлагается отмена произвольной категоризации на основе возраста, например, обозначение людей старше определенного возраста как пожилых. По мнению разработчиков стратегии, такая категоризация игнорирует огромное разнообразие способностей в старшем возрасте и может привести к его стереотипному восприятию. Устранение этих ограничительных социальных конструкций может укрепить мнение о том, что, хотя старший возраст часто влечет за собой потери, он может также быть периодом индивидуального развития, творчества и продуктивности. Устаревшие дискриминационные стереотипы в отношении людей старшего возраста даже в медицинских дисциплинах могут ограничить прогресс в исследованиях.

Важной стратегической задачей является содействие автономности граждан позднего возраста. В соответствии с ней они имеют право делать выбор и контролировать все вопросы, включая то, где им жить, какие связи устанавливать, что носить, как тратить свое время и когда начинать лечение. Эти фундаментальные права и свободы должны существовать независимо от возраста, пола или уровня истинной функциональной способности и закрепляться законодательно.

Главной опасностью для автономности является жестокое обращение с людьми старшего возраста, которому в настоящее время подвергаются один из десяти пожилых людей, живущих в общине, и большая доля пожилых людей, живущих в учреждениях. Необходимы специальные меры для защиты их прав на свободу от травм, насилия и жестокого обращения.

В процессе старения потребности в отношении здоровья становятся хроническими и более сложными. Комплексный подход систем здравоохранения оказывается более эффективным, чем отдельное реагирование на конкретные болезни. Для оказания комплексной помощи необходимы геронтологические и гериатрические навыки и компетенции, привлечение междисциплинарных групп. Такие важные для людей старшего возраста проблемы, как, например, нарушения слуха и зрения, ходьбы или выполнения повседневных мероприятий, хронические боли и пролежни, часто игнорируются работниками здравоохранения из-за нехватки профессиональной подготовки для распознавания и ведения этих и других специфических гериатрических синдромов.

■ Ситуация в России

Демографические процессы старения населения отмечаются и в России, где, по данным Росстата, доля

лиц старшего возраста в структуре населения в 2016 г. составляет 24,6%, а к 2031 г. достигнет 28,3% (Росстат, 2016). Рост числа лиц позднего возраста определяет потребность в увеличении и развитии сети социальных служб, учреждений здравоохранения, территориальных и государственных услуг, направленных на обеспечение их социальной защищенности. Президент России на заседании Президиума Госсовета (Воронеж, 05.08.2014), посвященном вопросам социальной защиты пожилых людей, назвал эту тему крайне чувствительной, затрагивающей почти четверть населения страны.

В России отмечается недостаточность учреждений здравоохранения и специалистов, оказывающих высокопрофессиональную гериатрическую помощь, в том числе врачей — психиатров, обладающих специальными познаниями в области гериатрической психиатрии, отсутствует и такая специальность.

Процессы неблагоприятного старения сопровождаются нарастанием у людей старшего возраста мультиморбидной неврологической и психической патологии. По данным Министерства здравоохранения РФ (2015), показатель общей заболеваемости населения старше трудоспособного возраста в России в 2014 г. составил 71,30 млн человек, цереброваскулярные заболевания выявлены у 5,36 млн, церебральный атеросклероз — у 2,55 млн человек.

Психические расстройства и расстройства поведения (без конкретной градации видов расстройств) в 2014 г. квалифицированы у 1,22 млн людей старшего возраста. Болезни нервной системы регистрировались у 1,51 млн лиц старшего возраста, в их числе, системные атрофии — у 3 090, экстрапирамидные и другие двигательные нарушения — у 141 668, болезнь Паркинсона — у 82 507, болезнь Альцгеймера — у 7 206 человек [5]. Эти сведения, к сожалению, не дают достоверной информации о числе пациентов с возраст-ассоциированными психическими расстройствами и деменциями в России в связи с их недостаточной выявляемостью. Кроме того, в обобщенном виде представленные данные отражают не только специфическую для позднего возраста, но и иную психическую патологию, а из-за нечеткости границ компетенции между психиатрами и неврологами психические расстройства позднего возраста могут входить в число диагностируемых врачами-неврологами «болезней нервной системы». Так, например, установление диагноза «болезнь Альцгеймера» (недементная форма) в такой формулировке, возможно неврологами (кластер МКБ-10 «Нервные болезни»), при этом исключительной компетенцией на установление диагноза деменция, в том числе и деменция при болезни Альцгеймера (МКБ-10, кластер «Психические расстройства и расстройства по-

ведения»), в соответствии с Законом «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июня 1992 г. (№3185-ФЗ) обладают лишь врачи-психиатры.

По данным ВОЗ (2013), Россия входит в состав девяти стран с наивысшими показателями по деменциям. Первые места в этом списке занимают Китай (5,4 млн), США (3,9 млн), Индия (3,7 млн), Япония (2,5 млн), Германия (1,5 млн), а количество пациентов с деменциями в России оценивается в 1,2 млн человек [3, 8].

Таким образом, в России отсутствуют полные статистические данные по возраст-ассоциированным психическим расстройствам и деменциям.

До настоящего времени в современных классификациях (DSM-V, МКБ-10) не существует раздела, объединяющего психические расстройства позднего возраста. В МКБ-11 также не планируется выделение такого раздела. Отсутствие систематик психических расстройств позднего возраста в современных классификациях затрудняет их диагностику, экспертную оценку, может обуславливать неправильное лечение и нарушение прав людей старшего поколения, в том числе пациентов с деменциями.

В связи с ростом числа лиц позднего возраста с деменциями в России отмечается увеличение количества судебно-психиатрических экспертиз (СПЭ), направленных на определение их вменяемости, дееспособности и недееспособности. Число пациентов позднего возраста в ФГБУ «ФМИЦ психиатрии и наркологии имени В.П. Сербского» Минздрава России, как и число среди них пациентов с деменциями, пока не отражается в официальных статистических отчетах. Частично о них можно судить по статистическим сведениям, характеризующим СПЭ по определению недееспособности, которые представлены в основном пациентами позднего возраста. Так, по данным А.Р. Мохонько (2014) и анализа показателей российской отчетности в области судебно-психиатрической экспертизы, в 2013 г. на СПЭ по определению недееспособности в России было направлено 27 447 человек, из них 89,8% были признаны недееспособными, в т. ч. 12 775 (46,5%) с диагнозом «деменция» [4].

В России пока отсутствует национальный план по борьбе с деменцией. Однако помощь больным деменцией совершенствуется согласно Национальным клиническим рекомендациям, разрабатываемым под эгидой Министерства здравоохранения РФ профессиональными сообществами.

Развивается система помощи больным с цереброваскулярной патологией и инсультом, имеющая большое значение для уменьшения заболеваемости сосудистой деменцией в РФ. Под руководством министра

здравоохранения В.И. Скворцовой в РФ осуществляется «сосудистая программа», было создано более 460 сосудистых центров.

В 2016 г. Правительством РФ утверждена «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» (постановление Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. №164-р), которая затрагивает также вопросы их соматического и психического здоровья. Отмечено, что в настоящее время доступность гериатрической помощи недостаточна в связи с недостатком кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах.

Недостаточная координация действий между учреждениями здравоохранения и социальной защиты, оказывающими помощь гражданам старшего поколения, уменьшает эффективность медицинской и социальной помощи.

Требуется доработки и нормативно-правовая база оказания гериатрической помощи.

В связи с необходимостью расширения медицинской и социальной помощи нарастает необходимость использования механизмов государственно-частного партнерства в сфере оказания медицинских услуг людям старшего поколения, привлечения общественности (волонтеров, некоммерческих организаций) к организации различных форм заботы о гражданах старшего поколения. Нарастает необходимость проведения научных исследований в области геронтологии, гериатрии и гериатрической психиатрии, которые бы позволили оптимизировать подходы к профилактике, диагностике и лечению возраст-ассоциированных заболеваний, а также планировать объемы и характер медицинской и социальной помощи людям старшего поколения.

Таким образом, к приоритетным направлениям деятельности по преодолению психических расстройств позднего возраста и деменций, которые должны найти отражение в политике национального общественного здравоохранения, могут быть отнесены следующие стратегические задачи.

1. Необходимость эпидемиологических исследований в области психических расстройств позднего возраста и деменций.
2. Проведение исследований в области этиологии, профилактики, ранней диагностики и лечения психических расстройств позднего возраста и деменций.
3. Расширение сети специализированных стационарных и внестационарных форм обслуживания пациентов с психическими расстройствами позднего возраста и деменциями.
4. Разработка программ психотерапевтической помощи пациентам с деменциями и ухаживающим за ними лицам.

5. Развитие паллиативной помощи пациентам с деменциями.
6. Межсекторальное сотрудничество и междисциплинарный подход в оказании помощи пациентам с психическими расстройствами позднего возраста и деменциями.
7. Профессиональная подготовка в области гериатрической психиатрии, выделение специальности «гериатрический психиатр».
8. Борьба со стигматизацией пациентов с психическими расстройствами позднего возраста и деменциями, защита их прав, в т. ч. в психиатрии и судебной психиатрии.

ИСТОЧНИКИ

1. Активная старость: политические рамки. ВОЗ, 2002. <http://apps.who.int>.
2. Всемирный доклад о старении и здоровье. ВОЗ, 2015. <http://apps.who.int>.
3. Деменция — приоритет общественного здравоохранения. ВОЗ, 2012. <http://www.who.int>.
4. Мохонько А.Р., Муганцева Л.А. Основные показатели деятельности судебно-психиатрической экспертной службы Российской Федерации в 2013 году: Аналитический обзор. Под ред. Е.В. Макушкина. М.: ФГБУ «ГНЦССП им. В.П. Сербского» Минздрава России, 2014. Вып. 22, 188 с.
5. Общая заболеваемость населения старше трудоспособного возраста по России в 2014 году. Статистические материалы Минздрава РФ. М., 2015. <https://www.rosminzdrav.ru>.
6. Политическая декларация и Мадридский международный план действий по проблемам старения. ООН, 2002. <http://www.un.org>.
7. Проект глобальной стратегии и плана действий в области старения и здоровья. 138 сессия Исполнительного комитета ВОЗ, январь 2016. <http://www.who.int>.
8. Старение в XXI веке: триумф и вызов. ООН, 2012. <http://www.un.org>.
9. Global Dementia Framework. Leadership [веб-сайт]. <https://globaldementiaframework>.
10. Policy paper RDD/10495: G8 Dementia Summit Communiqué. Department of Health. Government of the United Kingdom, 2013. <https://www.gov.uk>.
11. Wimo A, Prince M. World Alzheimer Report 2010: the global economic impact of dementia. Alzheimer's Disease International, 2010. <http://www.alz.org>.
12. World Dementia Council. <http://dementiachallenge.dh.gov.uk>.
13. Strategy and plan of action on dementias in older persons. 54th Directing Council of PAHO, 67th Session of the WHO Regional Committee for the Americas. Washington, DC: Pan American Health Organization, 2015.

НОВОСТИ

МИНЗДРАВОМ РОССИИ ПОДГОТОВЛЕНЫ МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПО ВЕДЕНИЮ ПАЦИЕНТОВ СО СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ

Документы, разработанные специалистами Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, предназначены для врачей первичного звена. Важнейшим направлением медицинской помощи в пожилом и старческом возрасте является предупреждение прогрессирования старческой астении: ассоциированного с возрастом синдрома, основные клинические проявления которого — слабость, непреднамеренная потеря веса, снижение физической и функциональной активности. В методических рекомендациях рассмотрены вопросы определения, диагностики, лечения и профилактики прогрессирования данного синдрома. Алгоритм диагностики для врача первичного звена включает опрос пациентов старше 60 лет, который помогает выявить признаки данного заболевания. Результаты данного опроса определяют необходимость консультации врача-гериатра. Своевременное выявление старческой астении позволяет разработать индивидуализированный план ведения пациента пожилого и старческого возраста, а также максимально продлить долголетие в возможно активной форме. Представленные материалы могут быть использованы учреждениями здравоохранения и социального ухода для повышения качества ведения пациентов пожилого возраста.

ИЗРАИЛЬСКИЕ ВРАЧИ ДЕЛЯТСЯ ОПЫТОМ ОКАЗАНИЯ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ПАЦИЕНТАМ

Российская делегация под руководством замминистра здравоохранения РФ Татьяны Яковлевой посетила с рабочим визитом Государство Израиль. В рамках визита состоялась встреча с министром здравоохранения Израиля господином Яааковом Лицманом. Темой обсуждения стал обмен опытом в вопросах гериатрической медицины и оказания помощи тяжелооболеченным пациентам пожилого возраста. Были определены основные направления сотрудничества: подготовка медицинских специалистов по профилактике и лечению неинфекционных заболеваний, оказание высокотехнологичной медицинской помощи. В рамках визита было организовано посещение израильских гериатрических центров — Клиники комплексной гериатрической оценки «Яски» и Дома для пожилых «Бейт Йона». Российская делегация также посетила передовые медицинские исследовательские центры Израиля — больницу Хадасса Хар Ха Цофим, медицинский факультет Университета им. Бен-Гуриона, ведущего исследовательского центра Израиля и его клиническую базу — медицинский центр «Сорока» (им. Моше Сороки). Российско-израильское сотрудничество в области здравоохранения осуществляется в формате обмена информацией, специалистами и делегациями, а также взаимного участия в международных мероприятиях по проблемам здравоохранения.

www.rosminzdrav.ru

А.В. ВОВЧЕНКО

Основные направления и достижения в области социального обслуживания граждан пожилого возраста

Вовченко А.В. Основные направления и достижения в области социального обслуживания граждан пожилого возраста

В рамках действующего законодательства в сфере социального обслуживания в субъектах Российской Федерации ведется учет получателей социальных услуг, созданы реестры поставщиков социальных услуг, создана возможность участия некоммерческих организаций в предоставлении социального обслуживания, в том числе гражданам пожилого возраста, установлены на федеральном уровне минимальные требования к перечню социальных услуг и порядкам их предоставления, обеспечена информационная открытость поставщиков социальных услуг и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания, унифицирована форма договора о предоставлении социальных услуг и индивидуальной программы, разработаны регламенты межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.

Vovchenko A.V. The key areas and achievements in the field of social services for seniors

Within the framework of the current legislation in the field of social services, the subjects of the Russian Federation keep records of the recipients of social services; implemented a register of social service providers; created the possibility for non-profit organizations to participate in the provision of social services including to seniors; at the federal level, introduced the minimum requirements to the list of social services and the provision procedures; ensured transparency with regard to social service providers and executive authorities of the Russian Federation; unified the contract form for the provision of social services and individual programs; designed regulations for interdepartmental cooperation of the executive authorities of the Russian Federation.

Ключевые слова: социальные услуги, доступность социального обслуживания, индивидуальные социальные программы

Keywords: social services, seniors, availability of social services, targeted social services



А.В. Вовченко

В Российской Федерации, по данным среднего варианта прогноза Федеральной службы государственной статистики, доля граждан старше трудоспособного возраста увеличится с 2016 г. по 2025 г. с 24,6 до 27% и составит 39,9 млн человек. В связи с этим вопросы социального обслуживания граждан занимают

одно из важных мест в системе социальной защиты. На начало 2015 г. услугами в сфере социального обслуживания в стационарной форме социального обслуживания пользовалось более 269 тыс. человек (в Российской Федерации насчитывается порядка 1,4 тыс. стационарных организаций социального обслуживания), в полустационарной форме социального обслуживания — более 2,2 млн человек, в форме социального обслуживания и на дому — более 1,2 млн человек.

С 1 января 2015 г. вступил в силу Федеральный закон от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (далее — Федеральный закон). Данный Федеральный закон направлен на создание качественно новой системы социального обслуживания граждан, включающей

доступность социальных услуг для всех граждан пожилого возраста, развитие всех форм предоставления гражданам пожилого возраста и инвалидам социальных услуг с целью поддержания их способности к самообслуживанию и (или) обеспечению основных жизненных потребностей, развитие малого и среднего предпринимательства в сфере оказания социальных услуг.

В связи с этим Федеральным законом установлены:

- перечень полномочий федеральных органов государственной власти (которые включают: установление основ государственной политики и основ правового регулирования в сфере социального обслуживания, утверждение методических рекомендаций по расчету подушевых нормативов финансирования социальных услуг, утверждение примерного перечня социальных услуг по видам социальных услуг);

- перечень полномочий органов государственной власти субъектов Российской Федерации (в число которых входят: правовое регулирование и организация социального обслуживания в субъектах Российской Федерации в пределах полномочий, установленных Законом, определение уполномоченного органа субъекта Российской Федерации, в том числе на признание граждан нуждающимися в социальном обслуживании, на составление индивидуальной программы, на осуществление регионального государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания).

Федеральным законом обеспечение доступности для граждан социальных услуг определено в качестве

А.В. ВОВЧЕНКО, первый заместитель министра труда и социальной защиты Российской Федерации

одного из основополагающих принципов. В этих целях ст. 4 Федерального закона предусмотрены:

- равный, свободный доступ граждан к социальному обслуживанию;
- приближенность поставщиков социальных услуг к месту жительства получателей социальных услуг;
- достаточность количества поставщиков социальных услуг для обеспечения потребностей граждан в социальном обслуживании;
- достаточность финансовых, материально-технических, кадровых и информационных ресурсов поставщиков социальных услуг.

Кроме того, Федеральным законом определены новые подходы, основанные на усилении адресности в предоставлении социальных услуг и индивидуальной нуждемости граждан в конкретных социальных услугах.

Статьей 15 Федерального закона установлены обстоятельства, в соответствии с которыми гражданин признается нуждающимся в социальном обслуживании, в случае если существуют следующие обстоятельства, которые ухудшают или могут ухудшить условия его жизнедеятельности:

- 1) полная или частичная утрата способности либо возможности осуществлять самообслуживание, самостоятельно передвигаться, обеспечивать основные жизненные потребности в силу заболевания, травмы, возраста или наличия инвалидности;
- 2) наличие в семье инвалида или инвалидов, в том числе ребенка-инвалида или детей-инвалидов, нуждающихся в постоянном постороннем уходе;
- 3) наличие ребенка или детей (в т. ч. находящихся под опекой, попечительством), испытывающих трудности в социальной адаптации;
- 4) отсутствие возможности обеспечения ухода (в т. ч. временного) за инвалидом, ребенком, детьми, а также отсутствие попечения над ними;
- 5) наличие внутрисемейного конфликта, в том числе с лицами с наркотической или алкогольной зависимостью, лицами, имеющими пристрастие к азартным играм, лицами, страдающими психическими расстройствами, наличие насилия в семье;
- 6) отсутствие определенного места жительства, в том числе у лица, не достигшего возраста двадцати трех лет и завершившего пребывание в организации для детей-сирот и детей, оставшихся без попечения родителей;
- 7) отсутствие работы и средств к существованию;
- 8) наличие иных обстоятельств, которые нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации признаны ухудшающими или способными ухудшить условия жизнедеятельности граждан.

При этом перечень таких оснований не исчерпывающий, и субъекты Российской Федерации, могут установить иные обстоятельства, на основании которых

гражданину может быть установлена нуждаемость в предоставлении тех или иных социальных услуг.

В соответствии со ст. 16 Федерального закона с учетом оснований, по которым гражданин был признан нуждающимся в социальном обслуживании, орган государственной власти, уполномоченный на осуществление функций в области социального обслуживания субъекта Российской Федерации, определяет индивидуальную потребность в социальных услугах и составляет индивидуальную программу предоставления социальных услуг, в которой указывается форма социального обслуживания, виды, объем, периодичность, условия, сроки предоставления социальных услуг, перечень рекомендуемых поставщиков социальных услуг.

Статьей 19 Федерального закона определены формы социального обслуживания: социальные услуги предоставляются их получателям или в форме социального обслуживания на дому, или в полустационарной форме, или в стационарной форме. В соответствии со ст. 20 Федерального закона получателям социальных услуг с учетом их индивидуальных потребностей предоставляются следующие виды социальных услуг:

- 1) социально-бытовые, направленные на поддержание жизнедеятельности получателей социальных услуг в быту;
- 2) социально-медицинские, направленные на поддержание и сохранение здоровья получателей социальных услуг путем организации ухода, оказания содействия в проведении оздоровительных мероприятий, систематического наблюдения за получателями социальных услуг для выявления отклонений в состоянии их здоровья;
- 3) социально-психологические, предусматривающие оказание помощи в коррекции психологического состояния получателей социальных услуг для адаптации в социальной среде, в том числе оказание психологической помощи анонимно с использованием телефона доверия;
- 4) социально-педагогические, направленные на профилактику отклонений в поведении и развитии личности получателей социальных услуг, формирование у них позитивных интересов (в том числе в сфере досуга), организацию их досуга, оказание помощи семье в воспитании детей;
- 5) социально-трудоустройство, направленные на оказание помощи в трудоустройстве и в решении других проблем, связанных с трудовой адаптацией;
- 6) социально-правовые, направленные на оказание помощи в получении юридических услуг, в том числе бесплатно, в защите прав и законных интересов получателей социальных услуг;
- 7) услуги в целях повышения коммуникативного потенциала получателей социальных услуг, имеющих

ограничения жизнедеятельности, в том числе детей-инвалидов;

8) срочные социальные услуги.

Также в соответствии со ст. 22 Федерального закона, гражданам, в том числе гражданам пожилого возраста, при необходимости оказывается содействие в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальное сопровождение), которое осуществляется путем привлечения организаций, предоставляющих такую помощь, на основе межведомственного взаимодействия.

Федеральным законом также установлено обязательное для исполнения всеми субъектами Российской Федерации условие бесплатного предоставления социального обслуживания для всех несовершеннолетних детей и лиц, пострадавших в результате чрезвычайных ситуаций, вооруженных межнациональных (межэтнических) конфликтов (во всех формах социального обслуживания).

Наряду с этим, Федеральным законом повышен до полуторной величины прожиточного минимума, установленного в субъекте Российской Федерации для основных социально-демографических групп населения, порог бесплатного предоставления социальных услуг гражданам в полустационарной форме социального обслуживания и на дому. При этом, учитывая, что в соответствии с Федеральным законом от 06.10.1999 №184-ФЗ «Об общих принципах организации законодательных (представительных) и исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации» решение вопросов социального обслуживания граждан относится к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации, данным органам предоставлено право устанавливать своими нормативными правовыми актами иные категории граждан, которым социальные услуги предоставляются бесплатно. Указанным Федеральным законом установлен единый подход к оплате социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания, полустационарной форме социального обслуживания и в форме социального обслуживания на дому. Так, в полустационарной форме социального обслуживания и в форме социального обслуживания на дому размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг не может превышать 50% разницы между величиной среднедушевого дохода получателя социальной услуги и предельной величиной среднедушевого дохода, установленной в каждом регионе. Размер ежемесячной платы за предоставление социальных услуг в стационарной форме социального обслуживания не может превышать 75% среднедушевого дохода получателя социальных услуг. При этом указанным Федеральным законом установлен общий для всех форм соци-

ального обслуживания подход к определению размера стоимости предоставляемых социальных услуг на основе тарифа. Данный подход обеспечивает реализацию конституционного права граждан на получение социальных услуг вне зависимости от места проживания.

В Федеральном законе также имеется «сохранная норма», которая обеспечивает для граждан, получающих социальные услуги, возможность получать их на тех же условиях, что и до вступления в силу указанного Федерального закона. Федеральным законом впервые в сфере социального обслуживания введены основы для государственной финансовой поддержки социально ориентированных некоммерческих организаций, осуществляющих деятельность в сфере социального обслуживания.

Правовые механизмы, заложенные в Федеральном законе, позволили расширить возможность привлечения негосударственного сектора экономики к оказанию социальных услуг. При этом Федеральным законом созданы все условия, позволяющие негосударственным организациям осуществлять деятельность на рынке предоставления социальных услуг:

- поставщиками социальных услуг могут являться юридические лица независимо от их организационно-правовой формы и индивидуальные предприниматели;
- поставщики социальных услуг имеют право быть включенными в реестр поставщиков социальных услуг субъекта Российской Федерации (включение организаций социального обслуживания в реестр поставщиков социальных услуг осуществляется на добровольной основе);
- установлен механизм финансового обеспечения предоставления социальных услуг негосударственными организациями, индивидуальными предпринимателями, осуществляющими деятельность по социальному обслуживанию, путем:

1) предоставления субсидий из соответствующего бюджета бюджетной системы Российской Федерации согласно бюджетному законодательству Российской Федерации;

2) проведения закупок социальных услуг в соответствии с законодательством Российской Федерации о контрактной системе;

3) за счет средств получателей социальных услуг при предоставлении социальных услуг за плату или частичную плату;

4) путем выплаты компенсации в размере и в порядке, которые определяются нормативными правовыми актами субъекта Российской Федерации.

В соответствии со ст. 33 Федерального закона к полномочиям органов государственной власти субъектов Российской Федерации относится осуществление регионального государственного контроля (надзора) в сфере социального обслуживания.

Кроме того, Федеральным законом определены механизмы общественного контроля деятельности организаций, оказывающих социальные услуги. В частности, в соответствии со ст. 34 Федерального закона общественный контроль в сфере социального обслуживания осуществляется гражданами, общественными и иными организациями. Органы государственной власти субъектов Российской Федерации в пределах установленной компетенции оказывают содействие гражданам, общественным и иным организациям в осуществлении общественного контроля в сфере социального обслуживания.

Согласно ст. 23.1 Федерального закона одной из форм общественного контроля является независимая оценка качества оказания услуг организациями социального обслуживания, которая проводится в целях предоставления получателям социальных услуг информации о качестве оказания услуг организациями социального обслуживания, а также в целях повышения качества их деятельности. Независимая оценка качества оказания услуг организациями социального обслуживания предусматривает оценку условий оказания услуг по таким общим критериям, как открытость и доступность информации об организации социального обслуживания; комфортность условий предоставления социальных услуг и доступность их получения; время ожидания предоставления социальной услуги; доброжелательность, вежливость, компетентность работников организаций социального обслуживания; удовлетворенность качеством оказания услуг.

Независимая оценка качества оказания услуг организациями социального обслуживания проводится в отношении организаций социального обслуживания, находящихся в ведении федеральных органов исполнительной власти, и организаций социального обслуживания субъектов Российской Федерации, других организаций социального обслуживания, в уставном капитале которых доля Российской Федерации, субъекта Российской Федерации или муниципального образования в совокупности превышает 50%, а также в отношении иных негосударственных организаций социального обслуживания, которые оказывают государственные, муниципальные социальные услуги.

В целях создания условий для организации проведения независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания уполномо-

ченные органы субъектов Российской Федерации с участием общественных организаций формируют общественные советы по проведению независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания, расположенными на территориях субъектов Российской Федерации, и утверждают положение о них. Органы местного самоуправления с участием общественных организаций вправе формировать общественные советы по проведению независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания, расположенными на территориях муниципальных образований, и утверждать положение о них.

По решению уполномоченных органов субъектов Российской Федерации или органов местного самоуправления функции общественных советов по проведению независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания могут быть возложены на существующие при этих органах общественные советы.

Информация о результатах независимой оценки качества оказания услуг организациями социального обслуживания размещается уполномоченными органами субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления на своих официальных сайтах и официальном сайте для размещения информации о государственных и муниципальных учреждениях в сети Интернет.

Таким образом, в рамках нового законодательства в сфере социального обслуживания в субъектах Российской Федерации ведется учет получателей социальных услуг, созданы реестры поставщиков социальных услуг, создана возможность участия некоммерческих организаций в предоставлении социального обслуживания, в том числе гражданам пожилого возраста, установлены на федеральном уровне минимальные требования к перечню социальных услуг и порядкам их предоставления, обеспечена информационная открытость поставщиков социальных услуг и органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации в сфере социального обслуживания, унифицирована форма договора о предоставлении социальных услуг и индивидуальной программы, разработаны регламенты межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации.



Информация об успешном опыте работы субъектов Российской Федерации в сфере социальной поддержки граждан пожилого возраста опубликована на прилагаемом к журналу CD-диске (письмо Министерства труда и социальной защиты РФ от 12 февраля 2015 г. N 12-3/10/П-727).

Инновационные геронотехнологии в развитии стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ

Башкирёва А.С. Инновационные геронотехнологии в развитии стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ

В статье обозначены специфические особенности медико-демографической ситуации в России. Отражены основные проблемы социальной геронтологии на современном этапе. Особое внимание уделено рассмотрению демографических рисков сокращения численности населения в рабочих возрастах, увеличению нагрузки на трудоспособное население. Обоснована целесообразность разработки и внедрения системы менеджмента профессионального долголетия для своевременного и комплексного решения проблемы занятости лиц пожилого возраста. Доказана необходимость дальнейших исследований, посвященных использованию инновационных геронотехнологий в качестве методов профилактики преждевременного снижения профессиональной работоспособности, замедления процессов старения, снижения уровня смертности и увеличения профессионального долголетия, особенно у лиц старших возрастных групп.

Bashkireva A.S. Innovative gerontotechnologies in the strategy for action development for the elderly persons in Russia

The basic medico-demographic indices of aging population for Russia were identified in this article. Special attention was given to the examination of the demographic risks of a reduction in the population at the working ages, to an increase in the demographic load on the labor forces. The article reflects the main problems of social gerontology at the present stage of development of Russia. The development and implementation of the professional longevity management system is one of the timely and comprehensive solutions to the problem of employment in the elderly. The need for further studies was proven, dedicated to the use of innovative gerontotechnologies in order to prevent the premature workability reduction, retarding of the aging processes, the level of mortality decrease and the professional longevity increase, especially in the elderly.

Ключевые слова: социальная геронтология, гериатрия, демографическое старение, Стратегия действий в интересах граждан пожилого возраста, инновационные геронотехнологии, менеджмент профессионального долголетия

Keywords: social gerontology, geriatrics, demographic ageing, Strategy for Action in the interests of the elderly persons, innovative gerontotechnologies, age management, professional longevity



А.С. Башкирёва

Повышение доли пожилых в структуре населения наблюдается практически повсеместно, хотя его скорость значительно отличается по регионам и отдельным странам. Старение населения — одна из важнейших глобальных демографических тенденций, бросающая вызов современным социально-экономическим системам. В развитых странах процесс демографического старения идет уже давно и происходит преимущественно «сверху» за счет увеличения продолжительности жизни населения в старшем возрасте, в развивающихся странах старение — более новый феномен и происходит как «сверху», так и «снизу» — за счет сокращения рождаемости. Особенностью медико-демографической ситуации в Российской Федерации является существенный вклад в постарение насе-

ления сохраняющейся высокой преждевременной смертности и сверхсмертности трудоспособного населения. Вместе с тем, по данным Организации экономического сотрудничества и развития, в экономически развитых странах к 2020 г. каждый третий работник будет старше 50 лет. В настоящее время в развитых европейских странах занятость лиц 55—64 лет составляет около половины, в странах Европейского союза — порядка 40% [1, 13, 14].

Увеличение численности и доли граждан старше трудоспособного возраста в России, наряду с усложнением структуры социально-экономической группы пожилых людей, послужило основанием для подготовки Распоряжения Правительства РФ от 05.02.2016 №164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» (далее — Стратегия) межведомственной рабочей группой при Минтруде России [9]. Данный документ призван сформулировать цели, принципы, задачи и приоритетные направления государственной социальной политики в отношении граждан старших возрастных групп. В качестве ключевых целей государственной социальной политики в отношении граждан пожилого возраста определены устойчивое повышение продолжительности, уровня и качества жизни пожилых людей, а также стимулирование активного долго-

ления сохраняющейся высокой преждевременной смертности и сверхсмертности трудоспособного населения. Вместе с тем, по данным Организации экономического сотрудничества и развития, в экономически развитых странах к 2020 г. каждый третий работник будет старше 50 лет. В настоящее время в развитых европейских странах занятость лиц 55—64 лет составляет около половины, в странах Европейского союза — порядка 40% [1, 13, 14].

А.С. БАШКИРЁВА, д.м.н., доцент, главный специалист по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению Ленинградской области, заместитель главного врача по геронтологии и гериатрии ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, angel_darina@mail.ru

летия граждан пожилого возраста, их социального и экономического интегрирования в жизнь общества. При этом планируется обеспечить достойное материальное и социальное положение лиц старших возрастных групп, эффективно использовать их труд, создать условия для удовлетворения образовательных потребностей, повысить уровень финансовой грамотности, развить систему социального обслуживания, обеспечить пожилых граждан лекарствами и т. п.

В Стратегии четко обозначены специфические особенности медико-демографической ситуации в России. В частности, старение населения в РФ характеризуется увеличением удельного веса лиц старше трудоспособного возраста с 20,5% в 2002 г. до 23,5% в 2014 г. (т. е., практически каждый четвертый человек находится в возрасте старше трудоспособного), сохранением весьма существенной разницы в средней продолжительности жизни мужчин и женщин — более 11 лет, сохранением гендерной диспропорции в населении старше трудоспособного возраста — в 2014 г. на 1 000 мужчин 60 лет и старше приходилось 1 869 женщин; увеличением удельного веса лиц 65 лет и старше в населении страны (на 1 января 2014 г. — 13,1%). По среднему варианту прогноза Росстата, к началу 2021 г. доля лиц старше трудоспособного возраста в общей численности населения страны возрастет до 26,7%, а их численность достигнет 39,5 млн человек [2, 3, 9].

Данные демографические процессы приводят к существенному увеличению коэффициента демографической нагрузки на общество — числа лиц в дорабочем и послерабочем возрасте в расчете на 1000 лиц трудоспособного возраста. Согласно среднему варианту прогноза Росстата, в 2031 г. число иждивенцев составит 832 человека на 1 000 человек населения трудоспособного возраста, причем $\frac{2}{3}$ составят люди 60 лет и старше, что уже сейчас весьма осложняет экономическую ситуацию в стране и вызывает значительные структурные изменения в сфере занятости, социальной помощи и обеспечения ухода нетрудоспособных. Как следствие, лица трудоспособного возраста вынуждены повышать профессиональную работоспособность и производительность труда, увеличивая тем самым ассигнования в пенсионные фонды [2, 3].

Таким образом, старение населения в России порождает необходимость привлечения во все более возрастающих масштабах значительных финансовых, материальных и трудовых ресурсов для реализации целей государственной политики в отношении лиц старших возрастных групп, обеспечения достойного уровня и качества их жизни. Развитие государственной геронтологической политики, направленной на повышение качества жизни пожилых людей, приобретает важное общественно-политическое значение, в т.

ч. в связи с тем, что в условиях имеющихся демографических изменений повышается «цена» обоснованности решений, связанных с проблематикой пожилых людей, для достижения успешного развития страны. Старение населения требует формирования специальной социальной инфраструктуры, ориентированной на реализацию потребностей все большего числа граждан пожилого возраста. Подобная модернизация в первую очередь касается систем здравоохранения, социального обслуживания, образования [5, 6].

Все вышеперечисленные процессы нашли свое отражение и развитие при подготовке Стратегии. Она содержит семь разделов, включающих подробный анализ современного положения пожилых граждан в России, основные цели, принципы и задачи государственной социальной политики в отношении граждан пожилого возраста, приоритетные направления, механизмы и этапы реализации Стратегии, а также ожидаемые результаты по итогам реализации проекта.

В качестве базовых принципов государственной социальной политики РФ в отношении граждан пожилого возраста в Стратегии выделены следующие:

- равенство в праве на поддержку, независимо от социального положения, национальности, места жительства, религиозных убеждений;
- обеспечение доступности адресной, своевременной и эффективной помощи для нуждающихся в ней пожилых граждан, а также равного доступа к услугам в сфере здравоохранения, социальной защиты, образования, культуры, спорта, связи, транспорта и др.;
- создание экономически активным пожилым гражданам условий для обеспечения их благосостояния на трудовой основе;
- независимость и самостоятельность в принятии решений относительно своей жизнедеятельности;
- полноправное участие в различных сферах жизни общества;
- единство принципов и целей государственной социальной политики в отношении граждан пожилого возраста на федеральном, региональном и муниципальном уровнях;
- партнерство семьи и ближайшего окружения граждан пожилого возраста и государства, а также сотрудничество с общественными объединениями, благотворительными организациями и предпринимателями;
- обеспечение безопасных условий проживания.

Реализация Стратегии намечена по следующим приоритетным направлениям:

- применение дифференцированного подхода к определению форм социальной поддержки граждан пожилого возраста, включая доведение доходов лиц пожилого возраста до уровня, обеспечивающего среднедушевой доход в размере прожиточного минимума в регионе;

- стимулирование занятости граждан пожилого возраста;
- совершенствование системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, развитие геронтологической службы, включая подготовку и повышение квалификации специалистов в этой сфере;
- повышение уровня финансовой грамотности граждан пожилого возраста (например, путем разработки специальных образовательных программ, финансовых продуктов и услуг, адаптированных для граждан пожилого возраста);
- обеспечение доступа пожилых людей к информационным и образовательным ресурсам, в т. ч. развитие и поддержка социального предпринимательства в сфере обучения лиц пожилого возраста, проведение мониторинга формирования различных видов функциональной грамотности лиц пожилого возраста (компьютерной, финансовой, правовой, языковой, экологической и др.) на основе совершенствования федеральной статистической отчетности;
- развитие современных форм социального обслуживания, включая введение системы скрининга и мониторинга нуждаемости, доступности и обеспеченности граждан пожилого возраста в разных формах социального обслуживания;
- развитие рынка социальных услуг, в т. ч. расширение форм поддержки негосударственного сектора в сфере оказания таких услуг, создание условий для привлечения инвесторов в проекты по развитию данного сегмента рынка;
- защита прав пожилых граждан.

Кроме того, в числе приоритетных направлений реализации Стратегии — формирование условий для организации досуга граждан пожилого возраста, в первую очередь за счет развития системы физкультурно-оздоровительных занятий для преодоления инертности и повышения физической активности, в т. ч. стимулирование работодателей по созданию условий для физкультурно-оздоровительной и спортивно-массовой работы, а также пропаганды здорового образа жизни; поддержка добровольческой (волонтерской) деятельности в сфере социального обслуживания лиц старших возрастных групп, стимулирование производства товаров и оказания услуг в целях удовлетворения потребностей граждан пожилого возраста. Предполагается, что итогом реализации Стратегии станет сформированная система мер, направленных на повышение благосостояния и социально-культурного развития пожилых людей, укрепление их здоровья, повышение продолжительности жизни и активного долголетия [9].

На наш взгляд, особый интерес вызывает раздел Стратегии, посвященный стимулированию занятости граждан пожилого возраста. В частности, подчеркнuto,

что в условиях демографического старения населения и сокращения трудовых ресурсов с каждым годом будет нарастать потребность экономики в использовании труда пожилых людей. Наиболее перспективным представляется использование образовательного и трудового потенциала лиц старших возрастных групп как с позиции обеспечения их собственных доходов, так и с точки зрения социализации и интеграции в жизни общества.

Правовой основой содействию занятости лицам предпенсионного и пенсионного возраста в рамках региональных программ содействия занятости, финансируемых из бюджетов субъектов РФ, является закон РФ от 19.04.1991 №1032-1 «О занятости населения в Российской Федерации», в соответствии с которым граждане данной категории имеют право на содействие в подборе подходящей работы, бесплатное получение информации и услуг, связанных с профессиональной подготовкой, переподготовкой и повышением квалификации.

В то же время занятость пожилых людей осложняется низкой конкурентоспособностью таких работников на рынке труда в связи с рядом объективных и субъективных обстоятельств. Часть из них отражена в Стратегии, где одной из основных причин низкой занятости лиц предпенсионного и пенсионного возраста названа дискриминация по возрасту, в первую очередь со стороны работодателей, да и общества в целом. По определению Международной организации труда (МОТ), дискриминация в области труда и занятий означает иное и менее благоприятное обращение с людьми из-за присущих им характеристик, не имеющих отношения к их заслугам или требованиям к данной работе, причем возрастная дискриминация вызывает особую озабоченность МОТ и ее социальных партнеров [8]. Проблемы занятости пожилых работников МОТ рекомендует рассматривать в рамках всеобщей, сбалансированной социальной политики и стратегии полной занятости, уделяя должное внимание всем группам населения.

Вместе с тем оценка состояния и динамики изменений структуры рабочей силы, анализ и прогноз показателей в сфере занятости и профессионального образования пожилых работников выявили несоответствие существующей нормативно-правовой базы современным требованиям регулирования социально-трудовых отношений в условиях расширения квот для трудоустройства лиц предпенсионного и пенсионного возраста, в т. ч. с ограниченными возможностями. Сложившаяся ситуация, наряду с проблемами социальной адаптации, рационального профессионального определения и трудоустройства лиц старших возрастных групп с учетом имеющихся нарушений здоровья и степени их выраженности, нуждаемость в создании

доступной среды для их социальной интеграции и экономической самостоятельности определяют потребность в оптимизации законодательной базы в области охраны и медицины труда пожилых работников с обязательным включением перечня рекомендуемых для рационального трудоустройства профессий, а также специальных рабочих мест с указанием санитарно-гигиенических требований к ним.

Так, изучение остаточной работоспособности у лиц старше 60 лет показало, что около 57% пожилых работников и 96,7% людей старческого возраста нуждаются в применении эргономических инноваций на производстве для компенсации возрастного снижения работоспособности [10]. Обнаружен т. н. комбинаторный эффект при оценке остаточной работоспособности, когда уникальная комбинация физических и интеллектуально-мнестических качеств у лиц старше 60 лет формирует долю профессиональной работоспособности, свойственную деятельности человека молодого возраста. Кластерный анализ позволил выявить достоверные различия в механизмах формирования остаточной работоспособности в пожилом и старческом возрасте [10]. Более того, доказана корреляционная взаимозависимость остаточной работоспособности у лиц старше 60 лет и показателей профессионального трудового анамнеза (категории труда по классификации МОТ, класса вредности и опасности труда, тяжести и напряженности трудового процесса согласно гигиеническим критериям, класса интенсивности труда и уровня образования).

Своевременность и комплексность решения проблемы занятости граждан пожилого возраста, на наш взгляд, определяет целесообразность развития в Стратегии отдельных позиций, прописывающих создание системы скрининга и мониторинга трудоспособности, специальных возраст-ориентированных условий труда и рабочих мест в различных профессиональных группах для наиболее рационального трудоустройства пожилых работников. Назрела необходимость построения инновационной научно-методической модели подготовки рабочих мест для пожилых работников, включающей не только современные санитарно-гигиенические требования к ним с учетом вступления в силу в 2014 г. федеральных законов от 28.12.2013 №426-ФЗ, №421-ФЗ и приказа Минтруда России от 24.01.2014 №33н [7, 11, 12], но и критерии адекватности рабочих мест нуждам пожилых работников, а также интегральные критерии трудоспособности, адаптивности лиц старших возрастных групп к функциональным, физиологическим и психофизиологическим нагрузкам с оценкой степени соответствия всех показателей в виде системы скрининга и мониторинга трудового процесса. Предложенная А.С. Башкирёвой и соавт. модель инновационных геронтотехнологий

«Age Friendly Workplaces» включает все этапы профессиональной реабилитации, что позволяет учитывать индивидуальные особенности функционирования организма пожилых работников в четком соответствии с возрастом, профессией, наличием и длительностью стажа работы, в т. ч. во вредных условиях, уровнем трудоспособности, мотивационными характеристиками [4]. Дальнейшая разработка и практическая реализация подобной модели в рамках развития Стратегии будет способствовать решению накопившихся в сфере регулирования социально-трудовых отношений проблем низкой эффективности мер по созданию доступной среды для лиц предпенсионного и пенсионного возраста, а также более успешному подбору рабочих мест в условиях расширения квот для трудоустройства пожилых работников. Следовательно, в условиях демографического старения и сокращения численности трудоспособного населения в РФ важным фактором обеспечения устойчивого производства и экономического роста становится развитие системы менеджмента профессионального долголетия. Разработка и внедрение такой системы как одной из основополагающих в решении проблемы занятости лиц предпенсионного и пенсионного возраста позволят более мягко и плавно подойти к рассмотрению вопроса о продлении трудоспособного возраста в России. Ключевым фактором эффективности при внедрении системы менеджмента профессионального долголетия, на наш взгляд, являются межведомственные связи медицинских организаций, служб занятости, охраны труда и социальных служб при условии создания специальной нормативно-правовой базы.

В то же время раздел Стратегии, посвященный стимулированию занятости граждан пожилого возраста, достаточно структурирован и содержит более 10 самостоятельных направлений: от создания экономических и социальных условий, мотивирующих пожилых граждан к трудовой занятости, и активного взаимодействия органов службы занятости с работодателями для создания специального банка вакансий, ориентированного на пожилых граждан и лиц пенсионного возраста, до использования потенциала работодателей как основного звена, соединяющего трудовую и социальную сферу, и организации просвещения работодателей о преимуществах сохранения и поощрения занятости пожилых работников. Таким образом, раздел Стратегии, посвященный стимулированию занятости граждан пожилого возраста, на наш взгляд, необходимо развить позициями, раскрывающими целесообразность создания нормативно-правовой базы по стимулированию работодателей к внедрению системы менеджмента профессионального долголетия, включающей принципы рационального трудоустройства лиц предпенсионного и пенсионного возраста.

Увеличение числа лиц старших возрастных групп в РФ объективно ведет к повышению численности граждан, нуждающихся в решении медицинских проблем, что требует дальнейшего совершенствования порядка оказания медицинской помощи данной категории граждан, обеспечения доступности всех форм медицинской помощи, лекарственных препаратов и медицинских изделий. Совершенствование системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, развитие геронтологической службы, включая подготовку и повышение квалификации специалистов в этой сфере, подробно освещено в соответствующем разделе Стратегии, насчитывающем более 20 самостоятельных направлений, среди них:

- разработка и внедрение стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний у лиц пожилого возраста, включающих формирование здорового образа жизни и раннюю диагностику указанных заболеваний и факторов риска их развития с последующей своевременной их коррекцией для снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности;
- обеспечение доступности медицинской помощи, в т. ч. гериатрической и паллиативной, для лиц пожилого возраста во всех амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях, контроль обеспечения лекарствами, в т. ч. наркотическими анальгетиками и техническими средствами реабилитации;
- организация гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты;
- создание гериатрических отделений (кабинетов) в поликлиниках, расширение диапазона предоставляемых внебольничных услуг и создание рациональных систем длительного ухода за лицами пожилого возраста;
- создание гериатрических отделений в структуре многопрофильных стационаров, гериатрических больниц;
- создание научных центров геронтологии и гериатрии в субъектах РФ;
- организация взаимодействия органов здравоохранения и социальной защиты населения, в т. ч. в рамках межведомственных связей исполнительных органов государственной власти субъектов РФ;
- оптимизация механизмов финансового обеспечения медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования пациентов пожилого возраста; разработка стандарта по старческой астении, а также введение коэффициента сложности курации пациентов не только с учетом возраста, но и наличия зависимости, степени функциональной полноценности и комплекса возраст-ассоциированных заболеваний и состояний;
- использование механизмов государственно-частного

партнерства в сфере оказания медицинских и социальных услуг для граждан пожилого возраста;

- подготовка врачей первичного звена здравоохранения в рамках их квалификации по программам дополнительного профессионального образования по вопросам оказания медицинской помощи пожилым, а медицинских сестер — по направлению «сестринское дело в гериатрии»;
- подготовка специалистов, работающих с лицами пожилого возраста (психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе), по направлению «социальная и психологическая помощь в гериатрии»;
- поддержка научных исследований в области гериатрии и геронтологии;
- разработка и внедрение комплексной программы медико-социальной помощи пожилым пациентам с когнитивными и другими психоневрологическими расстройствами;
- осуществление медико-просветительской программы, направленной на привлечение внимания гражданского общества к решению проблем пожилых людей, популяризации потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия.

Для решения обозначенных проблем потребуется больше гибкости, качественного регулирования и стандартизации процессов, организация межведомственных связей, концентрация мер, направленных на повышение качества жизни граждан старшего поколения, а также стимулирование к развитию организаций разных форм собственности, которые смогут сформировать цивилизованный рынок медико-социальных услуг, в т. ч. в сфере социального обслуживания. Вступивший в силу с 01.01.2015 федеральный закон от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» направлен на качественную перенастройку всей системы социального обслуживания. Указанным законом также определен порядок финансовой поддержки негосударственных организаций, предоставляющих услуги в сфере социального обслуживания, путем предоставления субсидий или компенсаций из соответствующего бюджета. Привлечение в сферу медико-социального обслуживания негосударственных организаций, безусловно, будет способствовать повышению качества услуг в этой области и снижению очередности в стационарные организации социального обслуживания. Таким образом, в условиях демографического старения населения РФ модернизация и развитие сектора медико-социальных услуг, сети организаций разных организационно-правовых форм и форм собственности, предоставляющих ме-

дико-социальные услуги, механизмов взаимодействия государства, населения, бизнеса и структур гражданского общества, институтов и механизмов государственно-частного партнерства являются актуальными государственными задачами.

■ Заключение

Обобщая вышесказанное, можно сделать следующие выводы. Сложившаяся в настоящее время в России медико-демографическая ситуация, особенно при сохранении существующего уровня смертности лиц трудоспособного возраста, в достаточно короткий срок может привести к реальному дефициту трудовых ресурсов, что, в свою очередь, будет объективно препятствовать созданию устойчивой финансово-экономической и ресурсной базы государства, дальнейшему экономическому развитию страны и росту ее валового национального продукта.

Для выявления и предотвращения негативных последствий демографического старения необходим постоянный мониторинг и учет неуклонно растущего числа пожилых людей при стратегическом планировании. Планомерная работа по изучению и исследованию процессов демографического старения на региональном уровне позволит оценить перспективы и масштабы старения населения региона, а также создаст предпосылки для формирования механизма адаптации экономики в условиях демографического старения населения региона.

На современном этапе насущным является внедрение геронтологического профилирования специалистов, работающих с пожилыми людьми, — медицинских работников, преподавателей, социальных работников, профессионалов в рекреационной сфере, сфере досуга.

Необходимы разработка и внедрение инновационных геронотехнологий менеджмента профессионального долголетия для своевременного и комплексного решения проблемы занятости лиц пожилого возраста, включающих систему скрининга и мониторинга трудоспособности, специальных возраст-ориентированных условий труда и рабочих мест в различных профессиональных группах.

Целесообразны дальнейшие исследования, посвященные практическому использованию инновационных геронотехнологий в качестве методов профилактики преждевременного снижения профессиональной работоспособности, замедления процессов старения, снижения уровня смертности и увеличения профессионального долголетия, особенно у лиц старших возрастных групп.

ИСТОЧНИКИ

1. Барсуков В.Н. К вопросу о причинах и последствиях демографического старения населения. Альманах современной науки и образования. 2014. №7 (85). С. 31–34.
2. Башкирёва А.С. Демографические и профессиональные риски депопуляции работающего населения в России (аналитический обзор). Успехи геронтологии. 2010. Т. 23. №1. С. 30–39.
3. Башкирёва А.С., Хурцилава О.Г. Концептуальные основы профессионального долголетия трудовых ресурсов в России. Медицина труда и промышленная экология. 2013. №12. С. 4–11.
4. Башкирёва А.С., Шестаков В.П., Качан Е.Ю., Владимиров О.Н. Инновационные технологии «Age-Friendly Workplaces» в системе профессиональной реабилитации инвалидов. Медицина труда и промышленная экология. 2015. №9. С. 32–33.
5. Башкирёва А.С., Шестаков В.П., Свинцов А.А. и др. Законодательное закрепление вопросов социального обслуживания граждан пожилого возраста в Российской Федерации (обзор). Успехи геронтологии. 2014. Т. 27. №2. С. 297–301.
6. Башкирёва А.С., Шестаков В.П., Свинцов А.А. и др. Анализ состояния социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов в Российской Федерации. Успехи геронтологии. 2013. Т. 26. №3. С. 569–574.
7. Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 24 января 2014 г. №33н «Об утверждении Методики проведения специальной оценки условий труда, Классификатора вредных и (или) опасных производственных факторов, формы отчета о проведении специальной оценки условий труда и инструкции по ее заполнению».
8. Равенство в сфере труда — веление времени: Доклад ген. директора. Женева: Международное бюро труда, 2003. С. 100–101, 132–133.
9. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 г. №164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
10. Томаревская Е.С., Поляков А.А. Остаточная работоспособность людей старше 60 лет: возможности и перспективы. Проблемы старения и долголетия. 2014. Т. 23. №3. С. 306–318.
11. Федеральный закон РФ от 28 декабря 2013 г. №426-ФЗ «О специальной оценке условий труда».
12. Федеральный закон РФ от 28 декабря 2013 г. №421-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации в связи с принятием Федерального закона «О специальной оценке условий труда».
13. Шабунова А.А. Общественное развитие и демографические вызовы современности. Проблемы развития территории. 2014. №2 (70). С. 7–17.
14. Шабунова А.А., Барсуков В.Н. Качество жизни и человеческий потенциал территорий. Проблемы развития территории. 2015. №1 (75). С. 76–87.

О.П. ГНАТЮК

Медицинская помощь лицам пожилого и старческого возраста. Проблемы и механизмы реализации стратегии на региональном уровне

Гнатюк О.П. Медицинская помощь лицам пожилого и старческого возраста. Проблемы и механизмы реализации стратегии на региональном уровне

Статья посвящена проблемам оказания медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста. Рассматриваются механизмы реализации Распоряжения Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 №164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» на региональном уровне и возможности повышения ее эффективности.

Gnatyuk O.P. Medical care for the elderly and senile people. Problems and mechanisms of the strategy implementation at the regional level

The article features the problems of medical care for the elderly and senile people. Mechanisms of implementation of Order of the RF Government No.164-r dated February 5, 2016 «Strategy of action for senior citizens in the Russian Federation until 2025» at the regional level and ways to improve its efficacy are considered.

Ключевые слова: доступность и контроль качества медицинской помощи, мотивация медицинских работников и органов управления здравоохранением

Keywords: accessibility and quality control of medical care, motivation of healthcare workers and health authorities



О.П. Гнатюк

Организация медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста является важной задачей политики государства и одним из показателей состояния здравоохранения в стране. Старение населения — объективная реальность для многих стран. Осенью 2015 г. были опубликованы основные положения очередного доклада ООН о мировых тенденциях старения. По данным среднего варианта прогноза, доля граждан в возрасте 60 лет и более в мире увеличится с 12,3% в 2015 г. до 14,9% в 2025 г. и 21,5% в 2050 г., в Российской Федерации — с 20% в 2015 г., до 23,9% в 2025 г. и 28,8% в 2050 г. [18].

Усилия по преодолению демографического спада, предпринимаемые Правительством Российской Федерации, дают ощутимые результаты: повышается рождаемость, снижается общая смертность. Благодаря диспансеризации взрослого (трудоспособного) населения, кардиологические и онкологические заболевания выявляются на более ранних этапах, и их своевременное лечение продлевает среднюю продолжительность жизни. В то же время увеличение продолжи-

тельности жизни может потребовать дополнительных мер по лечению и социальной адаптации лиц пожилого и старческого возраста, а может увеличить экономическую мощь государства, т. к. при качественной медицинской помощи и соблюдении правил здорового образа жизни лица пожилого и старческого возраста могут длительно работать, своим опытом и знаниями принося значительную пользу обществу.

Исследования в области геронтологии, в связи с увеличением доли лиц пожилого и старческого возраста в популяции, проводятся в течение многих лет [16]. Наиболее полное описание демографических проблем старения в XX в. представлено в исследованиях А. Сови, Э. Роскета, С. Пирожкова [17]. Большинство отечественных исследований было реализовано в нормативных актах министерствами труда и социальной защиты, образования и министерством здравоохранения СССР. В новейшей российской истории в течение ряда лет не было системного законодательства в вопросах оказания медицинской помощи пожилым.

В соответствии с поручением Президента Российской Федерации по итогам заседания президиума Государственного совета Российской Федерации «О развитии системы социальной защиты граждан пожилого возраста» 5 августа 2014 г. в целях координации деятельности государственных и общественных институтов для решения существующих проблем граждан старшего поколения разработана и утверждена Распоряжением Правительства РФ от 05.02.2016 №164-р

О.П. ГНАТЮК, д.м.н., руководитель Территориального органа Росздравнадзора по Хабаровскому краю, oleg_farm@mail.ru

Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года [1] (далее — Стратегия).

Стратегия содержит цели, задачи, направления государственной политики, реализация которых должна улучшить качество жизни граждан старшего поколения в зависимости от их индивидуальной нуждаемости и потребностей. В экономических словарях понятие стратегии определяется как «долговременные, наиболее принципиальные, важные установки, планы, намерения правительства, администрации регионов». Первым этапом реализации Стратегии на уровне субъектов РФ является анализ существующих в регионе проблем на основании данных статистики, жалоб граждан, данных контрольных мероприятий, а также мониторинга существующего регионального законодательства.

Детально анализируя раздел Стратегии, посвященный вопросам оказания медицинской помощи лицам старшего поколения, можно выделить следующие основные проблемы.

1. Существующая структура медицинской помощи гражданам старшего поколения не позволяет организовать работу гериатрической службы как единой системы. Оказание медицинской помощи пожилым и старым людям осуществляют учреждения здравоохранения [2, 10, 11]. А основную нагрузку по оказанию медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста берет на себя система социальной защиты населения [13]. В условиях дефицита финансирования мероприятия по интеграции их деятельности недостаточны. Слабая координация действий между учреждениями здравоохранения и социальной защиты, оказывающими помощь гражданам старшего поколения, уменьшает эффективность медицинской и социальной помощи [1].

2. В настоящее время доступность гериатрической помощи снижена в связи с недостатком кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах. В структуре учреждений, оказывающих медицинскую помощь по специальности «Гериатрия», действуют только 3 гериатрические больницы (г. Нижний Новгород, Санкт-Петербург, Петропавловск-Камчатский). В некоторых субъектах Российской Федерации созданы специализированные клинические и организационно-методические гериатрические центры (Самарская, Кировская, Ульяновская, Оренбургская области), в большинстве субъектов аналогичные функции выполняют госпитали ветеранов войн, которые оказывают медицинскую помощь ветеранам и приравненным к ним категориям граждан, общей мощностью около 17 000 коек. При этом в сети гериатрической медицинской помощи в настоящее время в Российской Федерации функционируют все-

го 2 345 геронтологических коек, что крайне недостаточно, учитывая увеличение численности лиц пожилого возраста, не являющихся ветеранами войн.

Не удается решить проблему низкой укомплектованности и высокой загруженности участковых врачей, оказывающих основную помощь гражданам старшего поколения.

3. Отсутствуют на региональном уровне:

■ система оценки состояния здоровья граждан старшего поколения и их потребности в получении гериатрической помощи;

■ комплексная стратегия по формированию здорового образа жизни и ранней диагностике хронических возраст-ассоциированных неинфекционных заболеваний и факторов риска, а также профилактики хронических неинфекционных заболеваний у людей старшего поколения с последующей своевременной их коррекцией;

■ подготовка у медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по дополнительным профессиональным программам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам старшего поколения, а медицинских сестер по направлению «сестринское дело в гериатрии»; более того, во многих региональных медицинских вузах отсутствуют циклы подготовки специалистов по оказанию гериатрической помощи;

4. Проблемы мотивации и контроля:

■ отсутствие интереса у органов управления здравоохранением субъектов РФ и руководителей учреждений здравоохранения к направлению специалистов на дополнительное профессиональное образование по вопросам оказания медицинской помощи гражданам старшего поколения;

■ отсутствие контроля за деятельностью учреждений социальной защиты, в части медико-социальных стандартов, после передачи указанной функции от Росздравнадзора Роструду;

■ многими медицинскими работниками не признается необходимость специфического лечения пациентов старческого возраста или недооценивается его значение, и, несмотря на многочисленные научные разработки по данному направлению, практического широкого внедрения предложенные методики не находят.

5. Недостаток нормативной базы, а именно стандартов медицинской помощи по отдельным заболеваниям, характерным для граждан старше 60 лет.

6. Недостаток финансирования отрасли, особенно в дотационных регионах.

Увеличение потребности в медико-социальной защите населения, масштабы необходимой социально-экономической деятельности в данной области, дефицит финансовых, кадровых, материальных ресурсов, обуславливают необходимость реформирования реги-

ональных систем здравоохранения. Тактика реализации стратегии и устранения вышеуказанных проблем предполагает использование правовых; организационно-управленческих; кадровых; финансово-экономических; научно-методических и информационных механизмов.

■ Правовые механизмы

При реализации Стратегии предстоит всесторонне совершенствовать механизмы реализации конкретных направлений государственной социальной политики.

Реализация стратегии на региональном уровне требует тактических действий, прежде всего, формирования правовых механизмов — разработки региональной целевой программы [3], оказания геронтологической помощи в субъекте РФ на основе федеральной нормативной правовой базы и распространения наиболее успешных практик оказания такого вида помощи и обобщения опыта становления геронтологических служб в различных субъектах РФ, а также утвержденного Минздравом РФ порядка [4] — в форме приказов, методических рекомендаций и информационных писем.

В региональной программе надо предусмотреть обеспечение межведомственного взаимодействия при реализации ее на региональном и муниципальном уровнях; обеспечение доступности гериатрической помощи для граждан старшего поколения во всех медицинских организациях; создание последовательной и преемственной системы, предусматривающей медицинские услуги от профилактики до паллиативной медицинской помощи; контроль обеспечения лекарственными препаратами; финансовое обеспечение мероприятий по созданию гериатрических отделений и кабинетов в медицинских организациях.

Для эффективной работы в регионах требует доработки нормативно-правовая база оказания гериатрической помощи и на федеральном уровне:

- необходимо утвердить стандарты медицинской помощи по отдельным заболеваниям, характерным для пациентов старше 60 лет;
- необходимо внести изменения в приказ Минздрава РФ от 02.06.2015 №290н «Типовые отраслевые нормы времени...» [14] в части увеличения поправочного коэффициента на прием пожилых пациентов в связи с его недостаточностью;
- разработать и утвердить приказ Минздрава РФ по рациональному назначению лекарственных средств для лиц пожилого и старческого возраста.

■ Организационно-управленческие механизмы

Медицинская помощь по профилю «Гериатрия» регламентирована приказом Министерства здравоохранения

Российской Федерации «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации» и оказывается медицинскими организациями и иными организациями, осуществляющими медицинскую деятельность, имеющими лицензию на медицинскую деятельность, включая работы (услуги) по гериатрии, и представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста, а также иного возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни, в плановой и неотложной формах [4].

Организационно-управленческие механизмы включают в себя совершенствование существующих механизмов управления и общественного контроля при реализации гражданами старшего поколения своих прав и свобод; эффективную организацию межведомственного взаимодействия для соблюдения прав граждан старшего поколения; системное изучение и распространение опыта работы при предоставлении гражданам старшего поколения медицинских услуг. Существенно сберечь бюджетные средства, что немаловажно в условиях экономического кризиса, и поддержать ведомственное здравоохранение позволит включение в региональную целевую программу существующих госпиталей для ветеранов войн, а также сокращаемых структурных подразделений окружных военных госпиталей.

Например, госпитали для ветеранов войн, как центры оказания высококвалифицированной специализированной медицинской помощи ветеранам войн и лицам, приравненным к ним по льготам, являются во многих субъектах РФ центрами организационно-методической работы с гражданскими учреждениями здравоохранения по вопросам медицинского обслуживания в гериатрии и геронтологии. Создание центров гериатрии перспективно именно на базе существующих госпиталей, в том числе окружных клинических. Организационная структура госпиталей, наличие современного высокотехнологичного оборудования, высококвалифицированные кадры, постоянная консультативная помощь врачам, ответственным за медицинское обслуживание ветеранов войн на территории субъекта РФ и наличие информации о заболеваемости, объеме медицинской помощи, недостаток ведомственного финансирования, а также их борьба за квоты ОМС свидетельствуют о целесообразности создания на базе госпиталей современных центров медицинской, медико-социальной, психологической реабилитации для лиц пожилого и старческого возраста в целом, а не только ветеранов войн и вооруженных сил.

■ Кадровые механизмы

С лечением лиц пожилого и старческого возраста сталкивается практически каждый врач любой специальности, но в первую очередь врач-терапевт участковый и врач общей практики (семейный врач). Они выявляют старческую астению при самостоятельном обращении пациентов, направляют пациентов со старческой астенией на консультацию к врачу-гериатру, составляют и выполняют индивидуальный план лечения таких пациентов с учетом рекомендаций врача-гериатра и выявленных гериатрических синдромов, а также наблюдают пациентов со старческой астенией, включая осмотр пациента на дому (не реже одного посещения в 3 месяца для медицинской сестры-участковой и одного посещения в 6 месяцев для врача).

Профессиональное обучение специалистов здравоохранения осуществляется в соответствии с номенклатурой, утвержденной приказом Министерства здравоохранения РФ, которая содержит специальность «Гериатрия» [7]. В то же время ежегодно в стране только 7—10 врачей получают специальность «Гериатрия» в ординатуре, немногим более 100 человек проходят обучение по этой специальности посредством профессиональной переподготовки, т. е. чуть больше 1 врача на субъект РФ. И хотя в целом по стране за период 2009—2014 гг. в подведомственных Министерству здравоохранения Российской Федерации образовательных и научных организациях прошли подготовку по программам дополнительного профессионального образования по вопросам гериатрии около 5 тыс. врачей различных специальностей, многие региональные вузы не проводят такого обучения, и для прохождения переподготовки или повышения квалификации медицинские работники вынуждены обучаться на центральных базах — в Москве или Санкт-Петербурге.

При этом, в соответствии с квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием [9, 6], специальность «Гериатрия» может быть получена выпускниками лечебных и педиатрических факультетов медицинских вузов в ординатуре (2 года обучения) [12], а при наличии послевузовского профессионального образования (интернатура, ординатура) по специальностям «Терапия» или «Общая врачебная практика (семейная медицина)» путем дополнительного профессионального образования — профессиональной переподготовки (3,5—4 месяца), что требует включения таких циклов в программу всех без исключения медицинских факультетов и региональных медицинских вузов страны [5].

Циклы тематического повышения квалификации для врачей по специальностям «Клиническая гериат-

рия», «Современные вопросы геронтологии и гериатрии», «Клиническая фармакология в гериатрии», «Гериатрическая хирургия», «Особенности заболеваний ЛОР-органов в пожилом и старческом возрасте», «Гериатрическая неврология», «Гериатрическая соматопсихиатрия», «Гериатрическая фтизиатрия», «Медико-социальная экспертиза и реабилитация», «Гериатрическая офтальмология» требуют дополнительной подготовки педагогических кадров в ведущих научных центрах.

■ Финансово-экономические механизмы

Состояние здоровья человека ухудшается с возрастом. Более 80% лиц старшего поколения страдают хронической патологией нескольких органов и систем. В среднем у одного пациента старше 60 лет обнаруживается четыре-пять различных хронических заболеваний. Затраты на медицинскую помощь пациентам 70 лет и старше кратно превышают стоимость лечения лиц трудоспособного возраста, в связи с повышением потребности в первичной и специализированной медицинской помощи и лекарственном обеспечении. Увеличение абсолютного числа лиц старших возрастных групп объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих трудности с решением медицинских, социальных и психологических проблем.

Во многих странах в настоящее время до половины всех бюджетных средств, находящихся в распоряжении системы медико-санитарной помощи, расходуется на медицинское обслуживание пожилых. Особенностью России является то, что среди 32 млн лиц пожилого и старческого возраста 10,8 млн человек являются инвалидами. А значит, они имеют право на льготное лекарственное обеспечение, санаторно-курортное обеспечение и иные льготы.

Постановлением Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов» [15] утверждены нормативы бесплатной медицинской помощи, в то же время при подготовке нормативного документа на следующий период необходимо корректировать их с учетом возрастающей доли лиц пожилого возраста. А также обеспечить активное привлечение внебюджетных средств, в том числе средств страховых, благотворительных и частных фондов, для достижения целей государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения.

Использование механизмов государственно-частного партнерства в сфере оказания услуг для граждан старшего поколения в связи с необходимостью рас-

ширения медицинской помощи рационально при формировании сети социальных учреждений и хосписов: это позволит повысить доступность социальных и медицинских услуг для лиц пожилого возраста и снизит нагрузку на работающих членов их семей [8].

■ Научно-методические механизмы

Старение населения и развитие геронтологии и гериатрии требуют регулярного обновления образовательных программ в соответствии с современным состоянием проблемы, а также более активной подготовки по вопросам гериатрии врачей первичного звена здравоохранения, медицинских сестер, других специалистов, работающих с гражданами старшего поколения [1].

Реформирование системы организации научных исследований и проведение самих исследований в области геронтологии и гериатрии должно учитывать региональные особенности субъектов РФ — предоставление государственных и муниципальных услуг и оказание гериатрической медицинской помощи на Северном Кавказе и в районах Дальнего Востока, и особенно Крайнего Севера, имеют существенные различия.

■ Выводы

1. Граждане старшего поколения, при сохранившемся здоровье, в своем большинстве стремятся к осуществлению трудовой деятельности, при этом являются носителями знаний и опыта, создателями значимой части материальных благ и могут внести существенный вклад в дальнейшее социально-экономическое развитие Российской Федерации.

2. «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» предусматривает механизмы решения проблем медицинского обслуживания лиц пожилого возраста на федеральном уровне и требует межведомственного взаимодействия, но не предусматривает мер эффективного контроля, который заключается в централизации данной функции.

Эффективному решению проблемы препятствует отсутствие мотивации и контроля:

- отсутствие интереса у органов управления здравоохранением субъектов РФ и руководителей учреждений здравоохранения к направлению специалистов на дополнительное профессиональное образование по вопросам оказания медицинской помощи гражданам старшего поколения;
- отсутствие контроля за деятельностью учреждений социальной защиты в части медико-социальных стандартов после передачи указанной функции от Росздравнадзора Роструду;

- многими медицинскими работниками не признается необходимость специфического лечения пациентов старческого возраста или недооценивается его значение, и, несмотря на многочисленные научные разработки по данному направлению, практического широкого внедрения предложенных методик нет.

3. На региональном уровне необходимо создать целевую программу, предусматривающую:

- интеграцию медицинской и социальной служб как единой системы гериатрической помощи;
- обеспечение доступности гериатрической помощи путем создания необходимого количества кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах;
- дополнительное финансирование мероприятий по надлежащей деятельности гериатрических кабинетов и отделений;
- создание системы оценки состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста и комплексной стратегии по формированию здорового образа жизни и ранней диагностике хронических возраст-ассоциированных неинфекционных заболеваний;
- подготовку медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по дополнительным профессиональным программам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам старшего поколения.

Результатом реализации правовых, организационно-управленческих, кадровых, финансово-экономических, научно-методических и информационных механизмов на уровне субъектов РФ должно стать создание условий для активного долголетия граждан старшего поколения, которые позволят повысить уровень и качество жизни таких граждан.

■ Предложения

1. На уровне Правительства РФ:
 - централизовать контрольные функции в системе здравоохранения и социальной защиты населения, возвратив полномочия по контролю в социальной сфере Росздравнадзору, в том числе в части соблюдения стандартов медико-социального обслуживания учреждениями социальной защиты.
2. На уровне Министерства здравоохранения РФ внести изменения в нормативные акты министерства здравоохранения:
 - по вопросам разработки стандартов медицинской помощи по отдельным заболеваниям, характерным для пациентов старше 60 лет;
 - в приказ Минздрава РФ от 02.06.2015 №290н «Типовые отраслевые нормы времени...» в части увеличения

поправочного коэффициента на прием пожилых пациентов в связи с его недостаточностью;

■ разработать приказ Минздрава РФ по рациональному назначению лекарственных средств для лиц пожилого и старческого возраста;

■ в рамках усиления внутреннего контроля качества медицинской помощи предусмотреть обязанность по профессиональной переподготовке заместителей главных врачей по КЭР по специальности «Гериатрия».

3. На уровне Министерства здравоохранения РФ и медицинских вузов обеспечить создание кафедр по гериатрии во всех медицинских вузах страны для подготовки врачей-терапевтов по специальности «Гериатрия».

4. На уровне органов управления субъектов РФ создать региональную целевую программу, предусматривающую:

■ интеграцию медицинской и социальной служб как единой системы гериатрической помощи;

■ дополнительное финансирование мероприятий по их надлежащей деятельности;

■ подключение институтов гражданского общества к решению проблем граждан старшего поколения.

5. На уровне органов управления здравоохранением субъектов РФ:

■ обеспечить доступность гериатрической помощи путем создания необходимого количества кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах;

■ создать систему оценки состояния здоровья лиц пожилого и старческого возраста и комплексной стратегии по формированию здорового образа жизни и ранней диагностике хронических возраст-ассоциированных неинфекционных заболеваний;

■ организовать подготовку медицинских работников медицинских организаций, оказывающих первичную медико-санитарную помощь, по дополнительным профессиональным программам, связанным с оказанием медицинской помощи гражданам старшего поколения;

■ реализовать мероприятия, направленные на повышение информированности медицинских работников о достижениях геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия, а также их мотивацию на оказание качественной помощи лицам пожилого возраста.

ИСТОЧНИКИ

1. Распоряжение Правительства РФ от 5 февраля 2016 г. №164-р «О Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения в РФ до 2025 г.».
2. Постановление Правительства РФ от 16 апреля 2012 г. №291 «О лицензировании медицинской деятельности (за исключением указанной деятельности, осуществляемой медицинскими организациями и другими организациями, входящими в частную систему здравоохранения, на территории инновационного центра «Сколково»)» (с изменениями и дополнениями).
3. Постановление Правительства РФ от 29 января 2002 г. №70 «О федеральной целевой программе «Старшее поколение» на 2002-2004 годы».
4. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29 января 2016 г. №38н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия»».
5. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 22 января 2014 г. №36н «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности «Гериатрия»».
6. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 8 октября 2015 г. №707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки»».
7. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 7 октября 2015 г. №700н «О номенклатуре специальностей специалистов, имеющих высшее медицинское и фармацевтическое образование».
8. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 14 апреля 2015 г. №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению».
9. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 23 июля 2010 г. №541н «Об утверждении Единого квалификационного справочника должностей руководителей, специалистов и служащих, раздел «Квалификационные характеристики должностей работников в сфере здравоохранения»».
10. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 27 декабря 2011 г. №1664н «Об утверждении номенклатуры медицинских услуг» (с изменениями и дополнениями).
11. Приказ Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 17 мая 2012 г. №555н «Об утверждении номенклатуры коечного фонда по профилям медицинской помощи» (с изменениями и дополнениями).
12. Приказ Министерства образования и науки РФ от 12 сентября 2013 г. №1061 «Об утверждении перечней специальностей и направлений подготовки высшего образования» (с изменениями и дополнениями).
13. Приказ Федеральной службы государственной статистики от 11 сентября 2009 г. №196 «Об утверждении статистического инструментария для организации Минздравсоцразвития России федерального статистического наблюдения за деятельностью учреждений социальной защиты населения».
14. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 02 июня 2015 г. №290н «Типовые отраслевые нормы времени...».
15. Постановление Правительства РФ от 28.11.2014 №1273 «О программе государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи на 2015 год и на плановый период 2016 и 2017 годов».
16. Доброхлеб В.Г. Динамика и структура населения России в будущем. Экономические и социальные перемены: факты, тенденции, прогноз, 2010, 4(12): 62-70.
17. Пирожков С.И. Демографические процессы и возрастная структура населения. М.: «Статистика», 1976. 135 с.
18. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015) <http://www.un.org/en/development/desa/population/theme/trend/s/dem-comp-change.shtml>.

О.Н. ТКАЧЁВА

Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации

Ткачёва О.Н. Современная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации

В статье дана характеристика процесса старения населения с демографической, научной и медицинской точек зрения. Описаны достижения и существующие проблемы в области оказания медицинской помощи лицам старшего возраста. Изложена основная концепция развития гериатрической помощи в Российской Федерации.

Tkacheva O.N. The modern concept of the geriatric care development in the Russian Federation

The paper describes the process of population ageing from demographic, scientific and healthcare points of view. The achievements and existing problems in the field of medical assistance to persons of advanced age are considered. The underlying concept for the development of geriatric care in the Russian Federation is presented.

Ключевые слова: старение населения, гериатрия, качество жизни

Keywords: population ageing, geriatrics, quality of life



О.Н. Ткачёва

■ Старение населения — глобальный феномен

Старение населения — закономерный процесс, связанный со снижением смертности и рождаемости. В докладе ООН, посвященном анализу изменений возрастной структуры населения в 1950—2050 гг., отмечается, что в XXI в. продолжится старение населения — глобальный феномен, затрагивающий все страны мира, в т. ч. Россию [1]. По данным ООН, доля людей 60 лет и старше в мире в 2015 г. составила 20%, а к 2025 г. она увеличится до 24%, к 2050 г. — до одной трети.

Доля пожилого населения в России близка к показателю наиболее развитых стран и существенно выше, чем в среднеразвитых. Россия близка к развитым странам и с точки зрения динамики удельного веса пожилого населения. В ближайшие 50 лет численность младшей возрастной группы останется практически

неизменной, а численность старшей будет расти на фоне снижения численности населения трудоспособного возраста.

Начиная с 2007 г. в нашей стране произошел значительный рост продолжительности жизни населения. За этот же период увеличилось число лиц старше трудоспособного возраста на 1 000 населения: с 330 человек в 2007 г. до 412 в 2015 г. Согласно среднему варианту прогноза, численность населения России старше трудоспособного возраста к 2031 г. составит 42,3 млн (28,7%) [2].

Рассмотрим, какие последствия будут иметь нынешние и будущие демографические изменения в России для здравоохранения.

■ Увеличение потребности в медицинской, социальной и психологической помощи как следствие старения населения

Увеличение абсолютного числа лиц старших возрастных групп объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих трудности с решением медицинских, социальных и психологических проблем. В стареющем обществе медико-социальные проблемы выходят на первый план. У пожилого человека обнаруживается множество различных хронических заболеваний, которые усугубляются социальными проблемами и прогрессированием стар-

О.Н. ТКАЧЁВА, д.м.н., профессор, директор Российского геронтологического научно-клинического центра РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующая кафедрой болезней старения РНИМУ им. Н.И. Пирогова, главный гериатр Минздрава России, главный гериатр Департамента здравоохранения г. Москвы, tkacheva@rambler.ru

ческой астении. Около 80% лиц старшего поколения страдают множественной хронической патологией. В среднем у одного пациента старше 60 лет обнаруживается четыре-пять различных хронических заболеваний.

Основные проблемы связаны с многогранностью последствий старения, в первую очередь развитием возраст-ассоциированных заболеваний. Это заболевания сердечно-сосудистой, опорно-двигательной систем, болезнь Альцгеймера, сахарный диабет и онкологические заболевания. Они серьезно ухудшают качество жизни. Накопление повреждений способствует снижению адаптационных возможностей организма, т. е. способности восстанавливаться после неблагоприятных воздействий. Поэтому практически синхронно с ростом заболеваемости отмечается увеличение инвалидности и смертности.

На первое место среди причин заболеваемости, инвалидности и смертности выходят сердечно-сосудистые и онкологические заболевания. При этом эпидемия сердечно-сосудистых заболеваний разворачивается на фоне больших успехов в диагностике и лечении этих состояний. Вероятно, одной из главных причин значительного роста числа инфарктов, инсультов, сердечной недостаточности является именно неуклонное старение населения.

Старение населения, несомненно, вызывает рост расходов на оказание длительного социального ухода, однако его влияние на собственно медицинские затраты является спорным.

Сегодня мы можем представить несколько возможных сценариев развития событий.

1. По мере прогресса медицины будет расти не только общая продолжительность жизни, но и повышаться возраст, в котором ухудшается здоровье и теряется трудоспособность. В этом случае старение населения не вызовет увеличения заболеваемости.
2. Прогресс медицины будет продлевать жизнь, но не снижать заболеваемость. В этом случае старение должно сопровождаться значительным увеличением спроса на медицинские услуги.
3. В соответствии с промежуточным вариантом старение населения в целом не будет сопровождаться ухудшением состояния здоровья населения, но некоторые виды тяжелых заболеваний будут более распространенными.

Различия между этими гипотезами во многом определяют результаты прогнозирования будущих расходов на здравоохранение.

В настоящее время эксперты ВОЗ констатируют, что, если своевременно принимать соответствующие меры, старение населения необязательно должно приводить к значительному росту расходов на здравоохранение. Для адекватного и своевременного решения

этих проблем система здравоохранения должна быть надлежащим образом подготовлена. И эта подготовка в нашей стране уже началась.

■ Старение как область научных исследований

Развитие системы оказания гериатрической помощи невозможно без поддержки научных исследований в области геронтологии и гериатрии.

Особый интерес, возникший в наше время к изучению возраст-ассоциированных изменений в организме, определяется не только изменением демографической ситуации, но и научными достижениями последних лет в области биологии старения, в первую очередь, в области сосудистого старения и канцерогенеза. Именно в последние годы получено достаточно убедительных данных о возможности вмешательства в биологический процесс старения, продления периода здоровой жизни, в то время как ранее возраст рассматривался как немодифицируемый, а значит, неподдающийся предупреждению и лечению риск-фактор. Ожидается, что результаты дальнейших исследований позволят понять ключевые механизмы развития возрастных изменений и возраст-ассоциированных заболеваний и на этом основании разработать наиболее эффективные пути терапевтического воздействия.

Проведение фундаментальных и прикладных исследований, направленных на изучение механизмов старения, позволит разработать научно обоснованные методы профилактики развития и прогрессирования старческой астении, совершенствовать диагностику и лечение заболеваний, оптимально планировать объемы и характер медицинской и социальной помощи людям пожилого возраста.

Кроме того, стратегия последовательного повышения пенсионного возраста, которая неизбежно будет реализовываться, будет гуманной и реалистичной только при условии увеличения здоровой жизни при минимальном увеличении периода нездоровья.

■ Место гериатрии в стратегии укрепления здоровья населения Российской Федерации

Сложившаяся демографическая ситуация в нашей стране потребовала изменения приоритетов при планировании стратегий укрепления здоровья населения, а именно смещение акцента в сторону профилактических программ. Целенаправленная реализация этих программ и воздействие на управляемые факторы риска здоровья населения позволяют принимать адекватные управленческие решения. Эти мероприятия дают максимальный эффект для охраны здоровья насе-

ления, продлении активного долголетия и профилактики возраст-ассоциированных заболеваний.

Выступая на расширенном заседании коллегии Минздрава России 20 апреля 2016 г., министр В.И. Скворцова подчеркнула, что главным результатом деятельности здравоохранения в 2015 г. явился рост продолжительности жизни до 71,39 года. В значительной мере это связано со снижением смертности лиц трудоспособного возраста — за год на 4,5%. Произошли изменения в возрастной структуре населения страны. Вклад старших возрастных групп в общую смертность вырос почти до 75% против 73% в 2014 г. и 71% в 2011 г.

Очевидно, что для дальнейшего роста продолжительности жизни необходимо снижение заболеваемости и смертности старшего поколения, и это является одной из задач гериатрической службы.

Гериатрия является одним из разделов геронтологии, занимающимся изучением, профилактикой и лечением не только возраст-ассоциированных заболеваний, но и специфических гериатрических синдромов [3]. Известно более 60 гериатрических синдромов, наиболее распространенными из которых являются старческая астения, саркопения, когнитивные нарушения, депрессия, делирий, мальнутриция, снижение мобильности, падения и переломы, недержание мочи, сенсорные дефициты [4].

Проблем, ассоциированных с возрастом, огромное множество. И все они имеют медицинское, социальное и экономическое значение. Известно, что гериатрические синдромы не только снижают качество жизни пожилых людей, но и повышают риск формирования зависимости от помощи окружающих, госпитализаций и смерти. Большинство гериатрических синдромов остаются нераспознанными врачами первичного звена [5], а значит, и не осуществляются мероприятия по их коррекции и профилактике их прогрессирования. Например, распространенные в пожилом возрасте когнитивные нарушения зачастую диагностируются на стадии тяжелой деменции, когда пожилой человек становится полностью зависимым от помощи окружающих.

Отличительной особенностью гериатрического подхода является целостное восприятие всех потребностей пожилого человека — не только медицинских, но и функциональных и социальных. Врач-гериатр должен не только обладать терапевтическими знаниями, но и иметь хорошую подготовку в области неврологии, психиатрии, знать особенности применения лекарственных препаратов у пожилых людей, быть специалистом в области создания т. н. «безопасного быта» для пожилых, знать существующие возможности оказания социальной помощи людям старшего возраста.

■ Организация гериатрической медицинской помощи в России

Организация гериатрической медицинской помощи в нашей стране была регламентирована приказом Минздрава России от 28 июля 1999 г. №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации».

В настоящее время в Российской Федерации в сети гериатрической медицинской помощи функционируют 2 345 геронтологических коек, действуют 3 гериатрические больницы, а также 64 госпиталя ветеранов войн общей мощностью более 17 000 коек.

За период 2001—2015 гг. в подведомственных Минздраву России образовательных и научных организациях более 5 тыс. врачей различных специальностей прошли подготовку по программам дополнительного профессионального образования по вопросам гериатрии. Ежегодно 7—10 врачей получают специальность «гериатрия» в ординатуре, более 100 человек проходят обучение по этой специальности через профессиональную переподготовку.

Несмотря на очевидные достижения в области оказания медицинской помощи гражданам старшего поколения, имеется ряд проблем, требующих решения. Существующая организационная структура медицинской помощи гражданам старшего поколения не позволяет организовать работу гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской и социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты. В настоящее время доступность гериатрической помощи недостаточна в связи с недостатком кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах.

Слабая координация действий между учреждениями здравоохранения и социальной защиты, оказывающими помощь гражданам старшего поколения, уменьшает эффективность медицинской и социальной помощи.

В связи с необходимостью расширения медицинской и социальной помощи нарастает необходимость использования механизмов государственно-частного партнерства в сфере оказания медицинских и социальных услуг людям старшего поколения, привлечения общественности (волонтеров, некоммерческих структур) к организации различных форм заботы о гражданах старшего поколения.

Старение населения и развитие геронтологии и гериатрии требуют регулярного обновления образовательных программ в этой специальности в соответ-

вии с современным состоянием проблемы, а также более активной подготовки по вопросам гериатрии врачей первичного звена здравоохранения, медицинских сестер, других специалистов, работающих с гражданами старшего поколения.

Необходима также просветительская программа, направленная на привлечение внимания гражданского общества к решению проблем людей старшего поколения, популяризацию потенциала и достижений геронтологии и гериатрии, содействие созданию дружественной инфраструктуры и психологической атмосферы для граждан старшего поколения.

■ Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 г.

Перечисленные демографические тенденции, понимание проблем пожилого возраста, развитие общества, приоритетом которого является человек, послужило основанием для принятия Правительством Российской Федерации Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 г. [6].

Одним из приоритетных направлений Стратегии является обеспечение здоровья людей пожилого возраста с целью увеличения продолжительности жизни и повышение качества жизни людей старшего поколения. Медицинская помощь пожилым людям должна быть доступна вне зависимости от специализации и технологичности и должна оказываться во всех лечебных учреждениях. Пожилой возраст не должен быть поводом для отказа от любого вида медицинской помощи, в т. ч. от госпитализации. Особый акцент следует сделать на амбулаторный этап системы оказания гериатрической помощи, поскольку растет число пожилых людей, нуждающихся в длительном уходе. И эта потребность, по данным ВОЗ, к 2050 г. возрастет в 4 раза.

■ Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия»

Важным событием 2016 г. стало утверждение Министерством здравоохранения РФ Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «гериатрия» [7]. Основной принцип, постулированный этим документом, — организация гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты.

Модель организации гериатрической службы предполагает единую трехуровневую систему, которая включает амбулаторное звено, стационарную помощь и орга-

низационно-методические и научные гериатрические центры. Организация гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи подразумевает усиление территориальных врачебных участков с преобладанием пожилого населения за счет введения ставки фельдшера с дополнительной подготовкой по гериатрии, организацию гериатрических кабинетов, расширение диапазона амбулаторных услуг путем создания рациональных систем длительного ухода за людьми пожилого и старческого возраста.

В гериатрических кабинетах и отделениях поликлиник будет осуществляться прием граждан пожилого и старческого возраста по направлению участкового врача либо при самостоятельном обращении. В ходе осмотра пациента будет проводиться комплексная гериатрическая оценка, выявление хронических неинфекционных заболеваний и их факторов риска, гериатрических синдромов. Затем будет формироваться долгосрочный индивидуальный план профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, социальной и психологической адаптации.

Вторым уровнем организации гериатрической помощи является стационарная помощь. Этот уровень предполагает создание в многопрофильных стационарах отделений, максимально приспособленных к потребностям пожилых пациентов. В гериатрических отделениях стационаров должна осуществляться специализированная медицинская помощь пациентам со старческой астенией и с заболеваниями терапевтического профиля, которые не требуют оказания высокотехнологичной медицинской помощи; реабилитация пациентов после ортопедических, хирургических, неврологических вмешательств, а также после госпитализаций в отделения терапевтического профиля. Это позволит при необходимости продлить срок стационарного наблюдения пациентов со старческой астенией, нуждающихся в восстановлении способности к самообслуживанию.

Учреждениями третьего уровня являются гериатрические центры. Российский геронтологический научно-клинический центр на базе Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова Минздрава России осуществляет организационно-методическую, научную, лечебно-профилактическую и образовательную деятельность. Центр определяет стратегию развития гериатрии и геронтологии в нашей стране. В настоящее время происходит реорганизация Центра, открываются новые структурные подразделения, в т. ч. научные лаборатории, происходит обновление и модернизация оборудования, формируется доступная среда для пожилых пациентов.

Взаимодействия между органами здравоохранения и социальными службами должны происходить на

всех уровнях системы организации медико-социальной гериатрической помощи.

■ Образование в гериатрии

Необходимо создание единой системы профессиональной подготовки специалистов по гериатрии, которая должна охватывать не только медицинский персонал всех уровней, но и социальных работников. Необходимо модификация образовательных программ до- и последиplomной подготовки, в рамках непрерывного медицинского образования. Подготовка по гериатрии должна осуществляться для врачей всех специальностей, включая узких специалистов, вовлеченных в процесс лечения пожилых пациентов. Но особое внимание должно быть уделено гериатрической подготовке врачей первичного звена и медицинских сестер, на которых ложится основное бремя нагрузки. Необходимо развитие программ подготовки и обучения специалистов по уходу за пожилыми как со средним медицинским образованием, так и без медицинского образования. Основы гериатрии должны войти в программы подготовки всех специалистов, работающих с гражданами пожилого возраста: психологов, социальных работников.

■ Привлечение внимания гражданского общества к решению проблем пожилых людей

Создание эффективной системы гериатрической помощи невозможно без привлечения внимания гражданского общества к решению проблем пожилых людей. Государственные учреждения, оказывающие медико-социальную помощь пожилым людям, должны быть открытыми для общественности, готовой принять участие в организации различных форм заботы о пожилых гражданах, приветствовать и поощрять деятельность волонтеров и некоммерческих организаций.

Максимальное содействие должно быть оказано созданию дружелюбной инфраструктуры жизнедеятельности и психологической атмосферы для пожилых людей с инвалидностью и их посильной активизации.

■ Ожидаемые результаты развития гериатрической помощи в Российской Федерации

Ожидаемые результаты расширения и оптимизации медицинской помощи пожилым могут быть весьма существенными. Мировой опыт обеспечения доступной

комплексной и эффективной медико-социальной помощью в рамках развития гериатрической службы свидетельствует о возможности снижения нагрузки на семейного врача на 11% [8], количества и длительности госпитализаций на 18 и 10% [9, 10] соответственно, институализации (помещение в дома престарелых) на 23% [11]. Кроме того, уменьшаются косвенные потери, связанные с необходимостью ухода за престарелыми людьми трудоспособными родственниками, снижается количество необоснованных диагностических и лечебных вмешательств. Услуги, предоставляемые учреждениями гериатрического профиля, используют менее затратные замещающие и поддерживающие немедикаментозные технологии, в результате снижаются затраты на лекарства как государства, так и пожилого пациента. Главным результатом развития гериатрической службы должно быть улучшение качества жизни людей пожилого и старческого возраста.

ИСТОЧНИКИ

1. United Nations (UN), World Population Ageing: 1950–2050, www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050 — дата обращения 8.07.2016.
2. Росстат http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/demography.
3. Jeffrey B. Halter Hazzard's geriatric medicine and gerontology, Sixth Edition.
4. Inouye SK et al. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept. *J Am Geriatr Soc*, 2007 May, 55(5): 780–91.
5. Piccoliori G, Gerolimoni E, Abholz H. Geriatric assessment in general practice using a screening instrument: is it worth the effort? Results of a South Tyrol Study. *Age and Ageing*, 2008, 37: 647–652.
6. Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года. <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201602090022> — дата обращения 7.07.2016.
7. Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» <http://publication.pravo.gov.ru/Document/View/0001201603170011> — дата обращения 7.07.2016.
8. Press Y et al. Benefits of active participation of family physicians in geriatric consultations. *Geriatr Gerontol Int*, 2012 Oct, 12(4): 725–32.
9. Landi F et al. A new model of integrated home care for the elderly: impact on hospital use. *J Clin Epidemiol*, 2001 Sep, 54(9): 968–70.
10. Stessman J et al. Decreased hospital utilization by older adults attributable to a home hospitalization program. *J Am Geriatr Soc*, 1996 May, 44(5): 591–8.
11. Ploeg J et al. Effectiveness of preventive primary care outreach interventions aimed at older people: meta-analysis of randomized controlled trials. *Can Fam Physician*, 2005 Sep, 51: 1244–5.

Создание гериатрической службы в России: опыт Санкт-Петербурга

Серпов В.Ю. Создание гериатрической службы в России: опыт Санкт-Петербурга

В статье рассматривается проблема совершенствования специализированной медико-социальной помощи пожилым гражданам. Приведена нормативная база создания гериатрической службы в контексте выполнения поручений Президента России В.В. Путина и реализации положений Стратегии действий в интересах граждан старшего поколения до 2025 г. Описаны особенности организации системы государственной медицинской помощи пожилым людям. Представлен опыт и наработки гериатрической службы Санкт-Петербурга. Обосновано их использование при формировании типизированной модели региональной гериатрической службы.

Serпов V.Y. Setting up geriatric care in Russia: the experience of St. Petersburg

The problem of improving specialized medical and social assistance to senior citizens is considered. The regulatory framework for geriatric care is reviewed in the context of fulfilling the assignment of the President of Russia V.V. Putin and implementation of the Strategy of action for senior citizens in the Russian Federation until 2025. The specific features of establishing a public medical care system for the elderly are described. The article tells about the experience and achievements of the geriatric service in St. Petersburg. The authors substantiate using the example as a blueprint for setting up regional geriatric services.

Ключевые слова: граждане старшего поколения, возраст-ассоциированные хронические заболевания, медико-социально-психологическая помощь, гериатрическая помощь, гериатрическая служба, геронтотехнологии, организационно-методическое обеспечение, Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения

Keywords: citizens of the older generation, age-associated chronic diseases; medical, social and psychological care, geriatric care, geriatric services, gerontotechnology, organizational and methodological support, strategy of action for senior citizens



В.Ю. Серпов

Гериатрическая помощь — важная составляющая системы охраны здоровья граждан

Изменение демографической ситуации в России, выражающееся в увеличении численности населения старших возрастных групп и нарастании социально-экономических и медицинских проблем, требует проведения структурных преобразований в здравоохранении, обеспечивающих создание и совершенствование гериатрической службы.

29 января 2016 г. приказом №38н Министерства здравоохранения Российской Федерации был утвержден Порядок оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (далее — Порядок). Для специалистов, работающих в сфере предоставления услуг гражданам старшего поколения — медиков, социальных работников, психологов, — принятие этого ведомственного нормативного акта стало важным событием, определившим перспективы развития специализированной медицинской помощи для миллионов россиян.

Санкт-Петербург — модельный с точки зрения демографических тенденций город. Доля лиц 60 лет и стар-

ше составляет более 24%, это один из самых высоких показателей в стране. Темпы старения населения опережают общероссийские, за последние 5 лет они составили более 7%. При этом более 98% пожилых людей регулярно обращаются за медицинской помощью. Важно, чтобы эта помощь была специализированной, учитывала наличие у пожилых людей возраст-ассоциированных заболеваний, их общее психофизиологическое состояние.

Особенности развития возрастных инвалидизирующих заболеваний, полиморбидность делают необходимым использование в процессе оказания медицинской помощи пожилым пациентам специфических медицинских технологий (геронтотехнологий), реализацию которых предусматривает Порядок.

Гериатрическая помощь представляет собой систему мер по оказанию медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни.

Особенность гериатрической помощи — широкое использование стационарозамещающих технологий, профилактических и реабилитационных мероприятий, проводимых при взаимодействии врача-гериатра с врачами других специальностей (участковыми, общей практики, по медицинской реабилитации, лечебной физкультуре и т. д.), а также работниками, имеющими высшее немедицинское образование — логопедами, медицинскими психологами,

В.Ю. СЕРПОВ, д.м.н., заслуженный врач РФ, главный врач СПб ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр», ggs-admin@mail.ru

инструкторами — методистами по лечебной физкультуре, привлечение которых позволяет обеспечить оценку и коррекцию психоэмоционального состояния пожилых пациентов, выявить и компенсировать возраст-ассоциированные нарушения коммуникативной сферы, ограничения их физической активности.

Важное свойство гериатрической помощи — ее плановый характер. Хронические возрастные заболевания не поддаются полному излечиванию, поэтому гериатрические пациенты нуждаются в долговременном непрерывном медико-социальном сопровождении, включающем предоставление медицинской помощи по профилю «гериатрия» в домашних условиях (система «Тревожная кнопка»), амбулаторно — на территории проживания, в условиях, не предусматривающих круглосуточного медицинского наблюдения и лечения, а также стационарно — в специализированных гериатрических отделениях учреждений здравоохранения. Объемы стационарной медицинской помощи для пациентов старших возрастных групп, по оценкам специалистов, при гериатрическом сопровождении в несколько раз ниже (до 4 раз), чем при получении ими обычной медицинской помощи через систему ОМС. Поэтому массовое использование геронотехнологий при лечении пожилых пациентов снижает нагрузку на региональные бюджеты, что подтверждают результаты работы гериатрической службы Санкт-Петербурга за последние 5 лет.

Городская гериатрическая медико-социальная служба Санкт-Петербурга обеспечивает комплексное медицинское сопровождение граждан старшего поколения с привлечением социальных работников и психологов более 20 лет. Благодаря ее работе, по оценкам специалистов, наш город является признанным лидером в России по внедрению инновационных решений и технологий в этой области. Накопленный подразделениями гериатрической службы опыт практической работы с пациентами, взаимодействия с учреждениями социальной защиты населения, позволяет позиционировать основные проблемы в этой сфере, предложить методологические решения для внедрения их в других регионах России.

■ Нормативная правовая основа создания гериатрической службы в России

Проведение 5 августа 2014 г. заседания Президиума Госсовета России, посвященного развитию системы социальной защиты граждан пожилого возраста, выпуск по его итогам Перечня поручений Президента Российской Федерации В.В. Путина от 09.09.2014 №Пр-2159 выдвинули задачу создания гериатрической службы в стране в число социальных приоритетов

российского государства. Президент России поручил профильным министерствам и ведомствам:

- разработать и утвердить Стратегию действий в интересах граждан пожилого возраста, направленную на стимулирование активного долголетия, улучшение качества их жизни (далее — Стратегия);
- обеспечить совершенствование системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, развитие геронтологической службы;
- развивать систему предоставления гражданам пожилого возраста медицинских и бытовых услуг на дому;
- развивать альтернативные формы ухода за гражданами пожилого возраста;
- обеспечить, с учетом Стратегии, корректировку региональных и муниципальных программ, направленных на улучшение качества жизни пожилых граждан.

Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г. утверждена распоряжением Правительства России от 05.02.2016 №164-р. Это базовый документ для формирования в России нового механизма медико-социальной поддержки пожилых граждан, создания гериатрической службы. Необходимо отметить комплексный системный подход Стратегии к решению проблемы поддержки государством граждан старшего поколения.

Одним из приоритетных направлений Стратегии определено «совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения, развитие гериатрической службы, включая профессиональную подготовку и дополнительное профессиональное образование специалистов в этой сфере». В рамках этого направления предусматривается:

- создание последовательной и преемственной системы, сочетающей медицинские услуги для людей всех возрастов, от профилактики до паллиативной медицинской помощи — декларируется комплексный подход к медицинскому сопровождению;
- обеспечение доступности гериатрической помощи для граждан старшего поколения, что подтверждает значимость гериатрической помощи в системе медицинского сопровождения пожилых граждан;
- организация системы ранней диагностики возраст-ассоциированных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития, что подчеркивает необходимость «профилактики старения»;
- организация гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской помощи за счет преемственности ведения пациента различными уровнями системы здравоохранения, а также системы социальной защиты населения — показаны системность, комплексность, долговременность системы гериатрической помощи пожилым гражданам, необходимость межведомственной интеграции;

- развитие паллиативной медицинской помощи в интересах граждан старшего возраста — предлагается решение проблемы «угасания» в рамках гериатрической помощи;
- использование механизмов частно-государственного партнерства в сфере оказания гериатрических услуг гражданам старшего поколения в связи с необходимостью расширения медицинской помощи — декларируется необходимость привлечения СО НКО;
- популяризация потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия — указано на необходимость повышения информационной доступности гериатрической помощи;
- совершенствование системы профессиональной подготовки, проведение научных исследований, повышение информированности медицинских работников по специальности «геронтология и гериатрия» — обозначена необходимость научно-методической и образовательной поддержки развития гериатрической службы.

Анализ перечисленных позиций показывает интегративный подход Стратегии к решению проблемы совершенствования системы охраны здоровья граждан старшего поколения, выделение гериатрической помощи в качестве базового элемента этой системы, который обеспечивает объединение действий и потенциалов государственных учреждений и негосударственных структур в рамках формирования комплексной услуги — гериатрическая медико-социально-психологическое сопровождение граждан старшего поколения.

В рамках реализации направления «Совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения, развитие гериатрической службы» перечислены мероприятия, которые должны проводиться профильными структурами здравоохранения:

- внедрение системы «гериатрической оценки пациентов»;
- разработка стратегии профилактики хронических неинфекционных заболеваний у людей старшего поколения;
- создание системы оказания плановой медицинской помощи пациентам со старческой астенией и комплексом возраст-ассоциированных заболеваний (гериатрической службы), включающей федеральный центр геронтологии и гериатрии;
- разработка стандартов медицинской помощи по отдельным возраст-ассоциированным заболеваниям;
- совершенствование системы подготовки специалистов по оказанию медицинской, гериатрической и социальной помощи гражданам старшего поколения;
- проведение фундаментальных и прикладных иссле-

дований в области геронтологии и гериатрии;

- повышение информированности специалистов и граждан по проблемам гериатрии.

Ряд положений, влияющих на совершенствование медико-социального сопровождения пожилых людей, представлены в описании других приоритетных направлений Стратегии: «обеспечение доступа граждан старшего поколения к информационным и образовательным ресурсам», «развитие форм социального обслуживания», «развитие общества с учетом интересов, потребностей и возможностей граждан старшего поколения». К сожалению, Стратегия юридически не является нормативным актом, регламентирующим предоставление гражданам старшего поколения услуг социального профиля, в частности, гериатрической помощи.

До настоящего времени основным ведомственным нормативным документом по гериатрической помощи является приказ Минздрава Российской Федерации от 28.06.1999 г. №297 «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации». Этот документ разрабатывался при активном участии гериатров Санкт-Петербурга, несмотря на свою полноту, он в значительной степени морально устарел. Его дополняют Порядок и ряд ведомственных распоряжений.

Для юридически полного обоснования развития в России системы комплексного медико-социального сопровождения граждан старшего поколения, включая гериатрическую помощь, предусмотренного поручениями Президента Российской Федерации №Пр-2159 и Стратегии, необходимо скорейшее принятие поправок в Федеральные законы от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания населения». С учетом разграничения полномочий между федеральным центром и субъектами Российской Федерации, целесообразно принятие отдельных нормативных актов на уровне регионов.

■ Использование опыта работы Санкт-Петербурга

Подпункт 2в перечня поручений Президента Российской Федерации от 09.09.2014 №Пр-2159 предписывает: «Правительству Российской Федерации обобщать и распространять успешный опыт работы субъектов Российской Федерации в сфере социальной поддержки граждан пожилого возраста». В рамках выполнения этого Поручения Стратегия предусматривает:

- совершенствование существующих механизмов управления и общественного контроля;
- эффективную реализацию межведомственного взаимодействия;

РИСУНОК 1. Составляющие гериатрической службы Санкт-Петербурга

■ системное изучение и распространение опыта работы по предоставлению услуг гражданам старшего поколения;

■ укрепление партнерства органов государственной власти с общественными объединениями, содействие их деятельности.

Эти положения определяют путь создания гериатрической службы в России. От выбранной формы и особенностей создаваемой службы зависит необходимый объем выделения средств из бюджетов всех уровней.

Минздрав России в 2015—2016 гг. реализовал комплекс мероприятий, обеспечивших подготовку к созданию службы: назначен главный внештатный специалист минздрава по геронтологии и гериатрии, создан

профильный совет экспертов, разработан и утвержден Порядок, приняты решения относительно федерального научного центра по геронтологии и гериатрии. Следующим этапом в создании гериатрической службы должны стать разработка, утверждение и внедрение типизированной модели региональной гериатрической службы. При ее разработке может быть использован опыт Санкт-Петербурга.

На рисунке 1 представлены составляющие городской гериатрической службы Санкт-Петербурга (далее — Служба). На рисунке 2 показана ее организационная структура. Подразделения Службы эффективно работают в составе единого комплекса более 15 лет. Системообразующей структурой является СПб

ТАБЛИЦА 1. Показатели деятельности амбулаторно-поликлинических подразделений гериатрической службы Санкт-Петербурга (абс.).

№	Наименование показателя	2013 г.	2014 г.	2015 г.
1	Число посещений врачей-специалистов гериатрического отделения (кабинета), всего	226 956	226 038	325 999
2	Число посещений на дому, всего	28 438	23 318	23 878
3	Долговременная МСП на дому (совместно с социальной службой) оказана, чел.	3 509	3 501	3 248
4	На диспансерном учете у врача-гериатра состоят, чел.	3 509	3 501	3 248
5	Направлено на госпитализацию, всего (чел.)	3 213	2 759	3 313
6	Направлено на консультацию в Гериатрический центр, всего (чел.)	4 606	4 962	5 753
7	Среднее число посещений специалистов ГС на 1 жителя старше 60 лет	0,24	0,23	0,31
8	Полнота охвата диспансерным наблюдением врача-гериатра на 1 000 населения старше 60 лет	12,0	12,6	13,2
9	Первичная обращаемость к врачу-гериатру на 1 000 нас. старше 60 лет	18,2	26,4	31,1
10	Число коек дневного стационара ГМСО	180	196	186
11	Пролечено пациентов	9 064	6 249	6 642
12	Проведено пациенто-дней	65 568	86 763	89 630

РИСУНОК 2. Общая организационная структура гериатрической службы



ГБУЗ «Городской гериатрический медико-социальный центр», который включает в себя лечебно-консультативное отделение, многопрофильный стационар, медико-социальное отделение с диспетчерским центром «Тревожная кнопка», сурдологическое отделение. Городской организационно-методический отдел по гериатрии Комитета по здравоохранению, который также является структурным подразделением Городского гериатрического центра, обеспечивает системное единство подразделений Службы, методическую и организационно-техническую поддержку, контроль их работы.

Основные показатели работы Службы за последние годы представлены в *таблицах 1, 2*.

Анализ информации, представленной на *рисунках 1 и 2*, а также отчетных показателей, приведенных в *таблицах 1 и 2*, позволяет обосновать использование опыта и наработок Службы при разработке типизированной модели региональной гериатрической службы:

■ служба включает в себя все основные составляющие, определенные положениями Стратегии, которые обеспечивают долговременность и преемственность медико-социальной помощи, предоставляемой гражданам старшего поколения: амбулаторная и стационарная гериатрическая помощь, медико-социальная помощь на дому (система «Тревожная кнопка»), предоставление сестринского ухода в стационарных условиях, услуги по

реабилитации, услуги дневного гериатрического стационара;

■ системная составляющая Службы — главный внештатный специалист региона по геронтологии и гериатрии, городской организационно-методический отдел по гериатрии;

■ служба обеспечивает практически полное покрытие территории субъекта Российской Федерации — Санкт-Петербурга: амбулаторные подразделения Службы работают в 16 из 18 районов города. Подразделения Службы (*рис. 1*) обеспечивают предоставление услуг сотням тысяч пациентов ежегодно (*табл. 1*), что сопоставимо с количеством нуждающихся в гериатрической помощи. Спектр услуг включает в себя амбулаторную, стационарную, реабилитационную составляющие, сестринский уход, услуги на дому;

■ единая нормативная база регионального уровня регламентирует предоставление гериатрической помощи. Она включает в себя: Закон Санкт-Петербурга от 20.06.2012 №367-63 «Об основах организации охраны здоровья граждан в Санкт-Петербурге» с поправками Закона Санкт-Петербурга от 11.12.2013 №698-123, определившими роль и место гериатрической помощи в системе охраны здоровья, распоряжения Комитета по здравоохранению СПб №126-р от 11.07.2012 «О структуре гериатрической службы СПб» и №732-р от 12.09.2014 «О проведении гериатрической оценки па-

ТАБЛИЦА 2. Показатели деятельности круглосуточных стационаров по оказанию специализированной медицинской помощи по профилю «гериатрия», «паллиативная медицинская помощь»

№	Подразделение гериатрической службы	Профиль коек	Число коек	Проведено койко-дней	Ср. длит. пребывания	Работа койки	Оборот койки
1	Гериатрический центр	геронтологический	64	22 642	20,7	348	16,8
2	Гериатрические отделения городских стационаров, всего по СПб (включая ГГЦ)	геронтологический	188	61 387	21,6	343	15,8
3	Отделения сестринского ухода, паллиативной помощи городских стационаров	сестринский уход	189	75 326	34,6	337,8	
4	Койки дневного стационара при круглосуточных стационарах	геронтологический	30	10 568	19,1	278	13,6

циентов». В ходе реализации региональной программы «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста» в 2012—2014 гг. был разработан проект комплекса региональных гериатрических медико-социальных стандартов (91 стандарт);

- накоплен значительный опыт взаимодействия подразделений Службы с учреждениями системы социальной защиты населения, учреждениями здравоохранения, не входящими в состав Службы;

- отработана методика привлечения СО НКО и добровольцев к предоставлению услуг гериатрического профиля подразделениями Службы.

Обобщение многолетнего опыта работы и результатов модернизации Службы в рамках государственных отраслевых региональных программ «Повышение качества жизни граждан пожилого возраста» и «Развитие отрасли «здравоохранение» Санкт-Петербурга» с 2011 по 2016 гг. позволило сформировать комплекс рекомендаций для использования при создании гериатрических служб в регионах:

- повсеместное проведение в учреждениях здравоохранения гериатрической оценки пациентов с целью выявления контингента, нуждающегося в гериатрической помощи, а также уточнения текущего состояния гериатрических пациентов;

- организация амбулаторных подразделений Службы в форме гериатрических медико-социальных отделений с реабилитационными отделениями и дневными стационарами. Недостаточная эффективность работы кабинетов врачей-гериатров для районов компактного массового проживания граждан старшего поколения подтверждена ежегодными отчетами Службы;

- развитие межведомственной интеграции подразде-

лений Службы с учреждениями системы социальной защиты населения, в частности, на амбулаторном уровне. В Санкт-Петербурге из 40 амбулаторных подразделений Службы 25 имеют постоянно действующие договоры с учреждениями социальной защиты населения, которые за последние 5 лет доказали эффективность такого сотрудничества;

- организация помощи пожилым гражданам на дому в формате комплексного медико-социально-психологического сопровождения на базе диспетчерского центра «Тревожная кнопка». Необходимость межведомственной интеграции по этой проблеме со структурами социальной защиты населения подтверждена анализом ситуации в Санкт-Петербурге, где 14 тыс. абонентов системы «Тревожная кнопка — социальная» до настоящего времени не получают медицинского гериатрического сопровождения;

- внедрение новых перспективных форм гериатрического сопровождения пациентов, зарекомендовавших себя в Городском гериатрическом центре Санкт-Петербурга, таких как: гериатрический патронаж, профильные школы пациентов по отдельным возраст-ассоциированным хроническим заболеваниям, школы для родственников по уходу за гериатрическими пациентами, специальные центры при подразделениях Службы, в частности, «Центр лечения боли» и «Центр диагностики и лечения памяти»;

- широкое внедрение в практику работы подразделений Службы инфо-коммуникационных технологий для обеспечения координации взаимодействия подразделений и организации дистанционного обучения персонала и добровольцев. В частности, создание в 2015 г. мультимедийного центра на базе Городского гериатри-

ческого центра позволило ввести в практику работы Службы дистанционное консультирование, проведение вебинаров для групп специалистов, расширило возможности использования интернет-технологий;

■ создание подразделений Службы и привлечение персонала с учетом приоритета профилактических и реабилитационных мероприятий. Использование методики долечивания в гериатрических стационарах пациентов, переведенных из многопрофильных стационаров, проводимое в Городском гериатрическом центре с 2014 г. доказало эффективность геронтологических технологий для послеоперационной реабилитации;

■ использование в процессе создания и развития региональных гериатрических служб массовых разъяснительно-пропагандистских кампаний, направленных на привлечение внимания общества к проблемам граждан старшего поколения, информирование пожилых граждан и их родственников о возможностях и потенциале гериатрической помощи, привлечение социально-ориентированных некоммерческих организаций и добровольческих структур к предоставлению услуг гериатрического профиля, в частности, на амбулаторном уровне. Проведение в Санкт-Петербурге информационной кампании по распространению печатных материалов, направленных на пропаганду достижений гериатрической службы в 2012—2015 г. в объеме до 100 тыс. единиц печатных материалов (буклетов, плакатов, карманных календарей, постеров), позволило на 30% повысить информационную доступность и востребованность гериатрической помощи в Санкт-Петербурге.

■ Перспективы развития гериатрической службы в России

В июне 2016 г. в регионы был направлен проект Плана мероприятий на 2016—2020 гг. по реализации первого этапа Стратегии (далее – План), который представил комплекс мероприятий, направленных на совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения, развитие гериатрической службы. Выделим наиболее важные мероприятия Плана, касающиеся настоящей публикации:

- развитие гериатрической помощи в России и регионах (пп. 7, 8 Плана);
- разработка нормативных актов, регламентирующих совершенствование медико-социальной помощи гражданам старшего поколения (пп. 9, 10, 11, 15, 16 Плана);
- содействие распространению позитивного опыта

субъектов Российской Федерации по отдельным направлениям медико-социальной помощи гражданам старшего поколения (пп. 37, 38, 40, 42 Плана).

Перечисленные выше пункты Плана определяют задачи и перспективы работы для конкретных ведомств и структур, что позволяет рассматривать этот документ в качестве нормативного акта федерального уровня, определяющего направления коррекции целевых региональных программ и являющийся основой для выпуска идентичных планов мероприятий по реализации первого этапа стратегии на уровне отдельных субъектов РФ.

В Санкт-Петербурге значительная часть проблем и задач, сформулированных в Стратегии, успешно решена в последнее десятилетие. Мы готовы предоставить для использования в других регионах России наработки по совершенствованию системы медико-социальной помощи гражданам старшего поколения. Важно, чтобы этот опыт был востребован и внедрялся с учетом специфики отдельных регионов.

ИСТОЧНИКИ

1. Федеральный закон от 28.12.2013 №442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации» (в редакции от 21.07.2014).
2. Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 г., утвержденная распоряжением Правительства Российской Федерации от 05.02.2016 №164-р.
3. Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (ред. от 31.12.2014).
4. Гиль А.Ю., Милова Е.А., Халтурина Д.А. Профилактика старения для всех. Под ред. Анисимова В.Н. РОО «Совет по общественному здоровью и проблемам демографии», геронтологическое общество при РАН. М., 2015.
5. Закон Санкт-Петербурга от 20.06.2012 №367-63 «Об основах организации охраны здоровья граждан в Санкт-Петербурге» (с изменениями Закона СПб от 11.12.2013 №698-123).
6. Сборник нормативно-правовых документов и методических материалов по организации гериатрической службы. Комитет по здравоохранению СПб, Санкт-Петербургской медицинской академии последипломного образования. СПб, 2010.
7. Зоткин Е.Г. и др. Профилактика преждевременного старения. Изд-во ООО «Береста», СПб, 2012.

А.С. БАШКИРЁВА

Развитие гериатрической службы в Ленинградской области: предпосылки и перспективы

Башкирёва А.С. Развитие гериатрической службы в Ленинградской области: предпосылки и перспективы

В статье представлен анализ медико-демографических предпосылок развития гериатрической службы в Ленинградской области (ЛО). Отражены основные аспекты оказания медицинской помощи населению старших возрастных групп в ЛО на современном этапе. Установлены целевые показатели в сфере охраны здоровья граждан старшего поколения в ЛО в соответствии с обновленной нормативно-правовой базой в области геронтологии и гериатрии в Российской Федерации. Сформулированы приоритетные направления дальнейших действий по развитию гериатрической помощи населению ЛО. Показана необходимость создания модели межведомственного взаимодействия между органами здравоохранения и социальной защиты населения по вопросам оказания медико-социальных услуг гражданам пожилого и старческого возраста.

Bashkireva A.S. Development of geriatric services in the Leningrad region: background and prospects

The article presents an analysis of medical and demographic background for the development of geriatric services in the Leningrad region (LR). The basic aspects of health care providing to the older age groups population in LR at the present stage were demonstrated. The main targets in the area of senior citizens health care in LR were determined in accordance with an updated legislative framework in the field of gerontology and geriatrics in Russia. The priority approaches to the geriatric care development among ageing population of LR were represented. Analytical results thus obtained shown the necessity of creating the interdepartmental cooperation model between health facilities and social protection institutions on the provision of health and social services to elderly citizens.

Ключевые слова: социальная геронтология, старение населения, гериатрическая служба, Ленинградская область, лица пожилого и старческого возраста, медико-социальные услуги, модель межведомственного взаимодействия

Keywords: social gerontology, ageing population, geriatric services, Leningrad region, elderly persons, health-social services, interdepartmental cooperation model



А.С. Башкирёва

Возрастающие темпы старения населения, специфические изменения его возрастной структуры, существенное увеличение доли лиц пожилого и старческого возраста на фоне снижения численности трудоспособного населения вносят серьезные коррективы в разработку государственных программ в рамках реформирования геронтосоциальной политики Российской Федерации. Концепцией демографической политики России на период до 2025 г. предусмотрено внедрение специальных государственных программ для населения старших возрастных групп, а также разработка мер по сохранению и поддержанию здоровья, повышению качества жизни и продлению трудоспособного периода жизни пожилых людей, развитие многопрофильной геронтологической помощи [5].

По данным Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации, удельный вес лиц пожило-

го и старческого возраста в демографической структуре населения России постоянно возрастает. Только за последний год число лиц старше трудоспособного возраста (СТВ) увеличилось почти на 700 тыс. человек и составило 33,1 млн граждан, т. е. более 23% в общей численности населения РФ. Согласно классификации ООН, «молодым» считается население, если число лиц в возрасте 65 лет и старше насчитывает менее 4%. В случае если данная возрастная группа составляет 4—7%, такое население признается «зрелым», более 7% позволяют признать население «старым» [1]. По данной классификации население Ленинградской области относится к разряду демографически «старых»: доля лиц СТВ за 2010—2015 гг. возросла с 22 до 26,7%, при этом в 2015 г. составила 471 622 человека, из них более 390 тыс. человек — старше 60 лет (рис. 1). Наибольшее число лиц старше 60 лет в 2015 г. наблюдалось в Подпорожском и Сланцевском районах ЛО (27,0 и 26,1% соответственно), наименьшее — во Всеволожском и Тосненском районах ЛО: 19,4 и 19,6% соответственно (рис. 2).

За последние несколько лет наметилась благоприятная тенденция к повышению средней продолжительности жизни в ЛО: если в 2004 г. данный показатель составил 62,3 года, то в 2011 г. — 69,4 года, а в 2014 г. — уже 70,8 года (рис. 3). Анализ гендерных различий в средней продолжительности жизни населения ЛО выявил достоверно значимое сокращение

А.С. БАШКИРЁВА, д.м.н., доцент, главный специалист по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению Ленинградской области, заместитель главного врача по геронтологии и гериатрии ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница», Санкт-Петербург, angel_darina@mail.ru

РИСУНОК 1. Возрастная структура населения Ленинградской области в динамике за 2010–2015 гг.

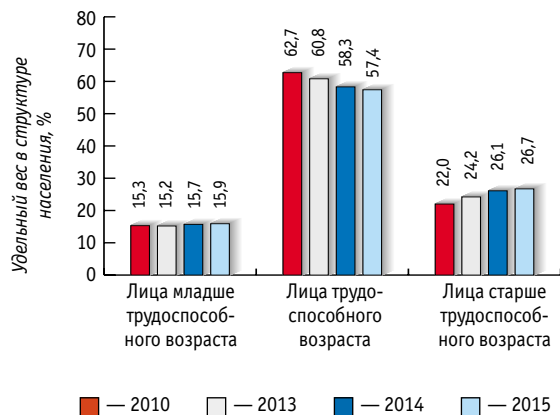


РИСУНОК 2. Удельный вес лиц 60 лет и старше в структуре населения районов Ленинградской области в 2015 г.

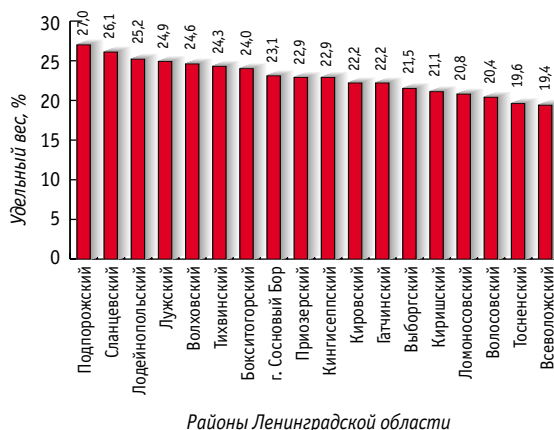


РИСУНОК 3. Динамика средней продолжительности жизни населения Ленинградской области за 2004–2014 гг.

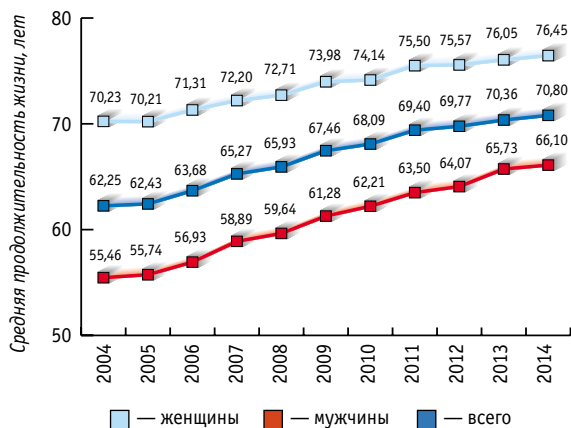
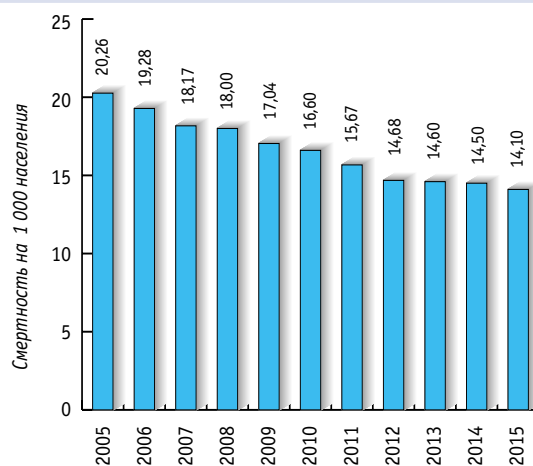


РИСУНОК 4. Динамика смертности населения Ленинградской области за 2005–2015 гг.



разрыва в уровне показателя с 14,77 года в 2004 г. до 10,35 года в 2014 г. ($p < 0,01$). Сохранение данной положительной динамики до 2018 г. позволит достичь целевых показателей ожидаемой продолжительности жизни населения Ленинградской области, предусмотренных указами Президента Российской Федерации от 07.05.2012 №598 и №606 [6, 7].

В возрастной структуре заболеваемости населения ЛО за 2014 г. лица СТВ составили 41,2%, лица трудоспособного возраста — 32,5%, лица моложе трудоспособного возраста — 27,3%. При этом наибольший удельный вес лиц СТВ зарегистрирован среди пациентов, страдающих заболеваниями системы кровообращения, эндокринными заболеваниями и новообразованиями (68,1, 67,1 и 66% соответственно). В Ленинградской области в 2005 г. зарегистрирована высокая, по меркам развитых стран, смертность населения (рис. 4).

Однако необходимо отметить, что благодаря предпринятым мерам по итогам 2014—2015 гг. достигнуто снижение показателей смертности во всех возрастных группах: среди населения моложе трудоспособного возраста снижение составило в среднем 24%, среди лиц трудоспособного возраста и лиц СТВ смертность снизилась в среднем на 33 и 22% соответственно. Основной вклад в смертность населения ЛО внесли болезни системы кровообращения (БСК) и новообразования (около 65,4%). В структуре смертности населения ЛО старше 60 лет БСК составили в среднем 60,9%.

С целью приближения медицинской помощи к населению старших возрастных групп, особенно к маломобильным гражданам, проживающим в сельской местности, в Ленинградской области организованы выездные формы работы и система предоставления транспортных услуг по доставке пациентов в медицинские учрежде-

ния. В 2014 г. было совершено 2 736 выездов автобусов, было перевезено 44 835 человек, из них 15 700 пациентов старше 65 лет, в том числе 2 968 ветеранов Великой Отечественной войны. В 2015 г. организована выездная лечебно-консультативная работа областных медицинских организаций, проведено 254 бригадных выездов врачей-специалистов ГБУЗ «Ленинградская областная клиническая больница» и ГАУЗ «Ленинградский областной кардиологический диспансер», обследовано 4 300 человек. В 2015 г. в ЛО функционировало 18 передвижных лабораторий, ими было совершено 2 500 выездов, обследовано более 90 тыс. человек, в том числе граждан пожилого возраста, с целью раннего выявления заболеваний и их осложнений, включая болезни системы кровообращения и сахарный диабет.

Во всех районах Ленинградской области организованы и работают школы здоровья для обучения граждан, в том числе старших возрастных групп, методам самоконтроля по наиболее актуальным для них заболеваниям, таким как гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца, сахарный диабет.

Комитетом по здравоохранению ЛО проводится работа по организации домашних хозяйств в соответствии с нормативно-правовыми документами Министерства здравоохранения РФ. В настоящее время организовано 468 домашних хозяйств для предоставления возможности получения первой помощи пациентами, в том числе пожилого и старческого возраста, в отдаленных, труднодоступных, малонаселенных поселениях. С 2015 г. начато создание медико-социальных бригад, включающих медицинских, социальных работников, старост поселений, работников МВД для проведения подворовых обходов для выявления лиц, нуждающихся в медицинской помощи.

С 2014 г. в межрайонных больницах Ленинградской области открыты реабилитационные отделения, где пациентам, в том числе пожилого и старческого возраста, сохранившим реабилитационный потенциал, предоставляются различные виды реабилитационной помощи. С 2015 г. реализуется пилотный проект по организации трехэтапной системы реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда.

Для решения вопросов записи граждан старших возрастных групп на прием к врачу, выписки рецептов на лекарственные препараты и медицинские изделия, получения результатов медицинского обследования и медицинских справок, поиска необходимых лекарственных препаратов и медицинских изделий в аптечных учреждениях, их приобретения и доставки на дом, в том числе выездными бригадами, организовано взаимодействие органов управления здравоохранением и органов социальной защиты населения ЛО. В сельской местности эта работа осуществляется персоналом фельдшерско-акушерских пунктов.

Ленинградская область относится к числу субъектов РФ с наибольшим количеством развернутых паллиативных коек и коек сестринского ухода (около 3,0 на 10 тыс. населения). По итогам 2015 г. в ЛО насчитывалось 242 койки паллиативного ухода, из них 46 находились в сельской местности, на них поступило 3 198 больных, из них 2 258 пациентов СТВ. В 2015 г. в Ленинградской области насчитывалось 350 коек сестринского ухода, 129 из них располагались в сельской местности. За 2015 г. на данные койки поступили 4 125 человек, из них сельских жителей — 1 697 человек. Из общего числа поступивших лиц СТВ составили 2 944 человека. В период с 2012 по 2015 г. в Ленинградской области значительно возросло число пациентов, получивших медицинскую помощь в форме «стационара на дому»: в 2012 г. — 2 054 человека, в 2013 г. — 3 138 человек, в 2014 г. — 5 108 человек, в 2015 г. — 6 990 человек.

В настоящее время деятельность гериатрической службы в Ленинградской области регламентируется следующими нормативными правовыми актами:

- распоряжением Правительства РФ от 05.02.2016 №164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года» [4];

- распоряжением Правительства РФ от 14.04.2016 №669-р «План мероприятий по реализации в 2016–2020 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» [5];

- приказом Минздрава России от 29.01.2016 №38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (зарегистрирован в Минюсте России 14.03.2016 №41405) [3].

С целью совершенствования системы охраны здоровья граждан пожилого возраста, организации и развития гериатрической службы в рамках реализации выше перечисленных нормативных актов в Ленинградской области в 2015—2016 гг. были проведены следующие мероприятия. В октябре 2015 г. введена должность главного внештатного специалиста по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению Ленинградской области. За период с октября 2015 г. по январь 2016 г. подготовлен проект Плана мероприятий («дорожной карты») «Развитие гериатрической службы Ленинградской области» на 2016 г., в дальнейшем приведенный в соответствие с изменившейся нормативно-правовой базой. План мероприятий предусматривал подготовку врачей первичного звена здравоохранения по программам дополнительного профессионального образования по профилю «гериатрия», а также медицинских сестер — по направлению «сестринское дело в гериатрии»; организацию взаимодействия между органами здравоохранения и социальной защиты населения ЛО по вопросам оказания медико-социальных услуг лицам пожилого и стар-

ческого возраста, в том числе в рамках межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти Ленинградской области; создание Ленинградского областного гериатрического центра, обеспечивающего координацию организационно-методической, лечебно-диагностической, научной, образовательной и просветительской деятельности медицинских организаций Ленинградской области по профилю «гериатрия»; подготовку специалистов, работающих с лицами пожилого возраста (психологов, социальных работников, специалистов по социальной работе), по направлению «социальная и психологическая помощь в гериатрии»; внедрение достижений современных научных исследований, инновационных методических разработок в области геронтологии и гериатрии в деятельность медицинских организаций Ленинградской области.

В рамках реализации Плана мероприятий («дорожной карты») «Развитие гериатрической службы Ленинградской области» на 2016 г. проведена Первая научно-практическая конференция «Геронтология и гериатрия: достижения и перспективы», организованная 18 марта 2016 г. Комитетом по здравоохранению Ленинградской области и ГБУЗ Ленинградская областная клиническая больница. По результатам конференции опубликован сборник научных работ и принята резолюция с обращением к главному внештатному специалисту гериатру Министерства здравоохранения РФ, директору Российского геронтологического научно-клинического центра, д.м.н., профессору О.Н. Ткачевой. Основные предложения резолюции касались развития единой системы гериатрической службы в РФ; включения Ленинградской области в перечень субъектов РФ (5 областей), вошедших в пилотный проект «Дорожная карта создания гериатрической службы в регионах Российской Федерации»; создания Межведомственной рабочей группы по взаимодействию между органами здравоохранения и социальной защиты населения по вопросам оказания медико-социальных услуг для более успешного развития гериатрической службы в Ленинградской области на основе «дорожной карты». На заседании профильной комиссии Министерства здравоохранения РФ по специальности «гериатрия» от 28.04.2016 г. было принято решение поддержать инициативы Комитета по здравоохранению Ленинградской области, изложенные в резолюции.

Организовано и обеспечено участие представителей медицинских учреждений Ленинградской области (врачей и среднего медицинского персонала) в работе XI Международного форума «Старшее поколение», состоявшегося 30 марта — 2 апреля 2016 г. в Санкт-Петербурге, в рамках которого проведены: секция «Организация гериатрической службы в России: проб-

лемы и перспективы» (совместно с главным внештатным специалистом гериатром Министерства здравоохранения РФ О.Н. Ткачевой) и круглый стол «Развитие гериатрической службы в Ленинградской области» (совместно с Комитетом по социальной защите населения Ленинградской области).

В целях развития межведомственного взаимодействия между Комитетом по здравоохранению и Комитетом по социальной защите населения Ленинградской области для более успешного развития гериатрической службы в ЛО подготовлен проект Межведомственной рабочей группы по вопросам оказания медико-социальных услуг гражданам пожилого и старческого возраста, проживающим на территории ЛО, на основании «Регламента межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти Ленинградской области в связи с реализацией полномочий Ленинградской области в сфере социального обслуживания», утвержденного постановлением Правительства Ленинградской области от 02.12.2014 №562 [2]. Распоряжением председателя Комитета по здравоохранению Ленинградской области С.В. Вылегжанина в состав Межведомственной рабочей группы по вопросам оказания медико-социальных услуг гражданам пожилого и старческого возраста, проживающим на территории ЛО, включен главный внештатный специалист по геронтологии и гериатрии Комитета по здравоохранению Ленинградской области.

В соответствии с распоряжением Правительства РФ от 14.04.2016 №669-р «Об утверждении Плана мероприятий по реализации в 2016—2020 годах концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года» (реализация Указа Президента Российской Федерации от 9 октября 2007 г. №1351 «Об утверждении Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года»), Раздел II «Мероприятия по снижению предотвратимых причин смертности», п. 17. «Обеспечение комплексности, повышение доступности и эффективности медицинской помощи гражданам пожилого возраста (развитие гериатрической службы)», целевыми показателями в сфере охраны здоровья граждан старшего поколения Ленинградской области являются [5]:

- 1) увеличение обеспеченности населения старше трудоспособного возраста геронтологическими койками с 0,7 на 10 тыс. человек в 2014 г. до 3,06 в 2020 г.;
- 2) увеличение продолжительности жизни населения Ленинградской области к 2025 г. до 75,1 года;
- 3) снижение смертности населения к 2025 г. до 12,0 на 1 000 населения;
- 4) повышение качества и доступности медицинской помощи, в том числе гражданам старше трудоспособного возраста, по показателю удовлетворенности населения медицинской помощью к 2025 г. до 80%.

С учетом вышеизложенного сформулированы следующие приоритетные направления дальнейших действий по развитию гериатрической помощи населению Ленинградской области:

1. Организация гериатрической службы ЛО как единой системы долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между организациями здравоохранения и социальной защиты.

2. Создание Ленинградского областного гериатрического центра, обеспечивающего координацию организационно-методической, лечебно-диагностической, научной, образовательной и просветительской деятельности медицинских организаций Ленинградской области по профилю «гериатрия».

3. Мониторинг медико-демографических показателей и состояния здоровья лиц старших возрастных групп, их потребности в медицинской и медико-социальной помощи.

4. Обеспечение подготовки и переподготовки высокопрофессиональных специалистов медицинских организаций ЛО по вопросам оказания медицинской помощи населению по профилю «гериатрия», включая обучение основам практического применения комплексной гериатрической оценки и принципам маршрутизации пациентов в рамках эффективной работы мультидисциплинарных бригад.

5. Обеспечение доступности медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в медицинских организациях ЛО; создание кабинетов гериатров и гериатрических отделений в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях; создание гериатрических отделений в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в стационарных условиях.

6. Введение дифференцированных тарифов в системе обязательного медицинского страхования на оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста по профилю «гериатрия» в соответствии с медико-экономическими стандартами Минздрава России.

7. Совершенствование паллиативной медицинской помощи на амбулаторном и стационарном этапах с целью обеспечения пациентов старших возрастных групп медицинскими услугами и комплексным уходом на дому.

8. Усиление территориальных врачебных участков с преобладанием пожилого населения за счет введения ставки среднего медицинского работника с дополнительной подготовкой по специальности «гериатрия».

9. Обеспечение лиц пожилого и старческого возраста из числа льготных категорий лекарственными препаратами.

10. Организация взаимодействия между органами здравоохранения и социальной защиты населения ЛО по вопросам оказания медико-социальных услуг лицам пожилого и старческого возраста, в том числе в рамках межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти Ленинградской области.

11. Расширение диапазона предоставляемых внебольничных медико-социальных услуг для осуществления длительного ухода за гражданами пожилого и старческого возраста.

12. Использование механизмов государственно-частного партнерства в сфере охраны здоровья граждан старшего поколения в связи с необходимостью расширения медицинской помощи по профилю «гериатрия».

13. Внедрение инновационных геронотехнологий в качестве методов профилактики преждевременного снижения профессиональной работоспособности, замедления процессов старения, снижения уровня смертности и увеличения профессионального долголетия, особенно у лиц старших возрастных групп.

14. Привлечение внимания гражданского общества к решению проблем лиц старших возрастных групп, популяризация потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия.

ИСТОЧНИКИ

1. Башкирёва А.С. Демографические и профессиональные риски депопуляции работающего населения в России (аналитический обзор). Успехи геронтологии, 2010, 23(1): 30-39.
2. Постановление Правительства Ленинградской области от 02.12.2014 №562 «Об утверждении Регламента межведомственного взаимодействия органов исполнительной власти Ленинградской области в связи с реализацией полномочий Ленинградской области в сфере социального обслуживания».
3. Приказ Министерства здравоохранения РФ от 29.01.2016 №38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю «гериатрия» (зарегистрирован в Минюсте России 14.03.2016 №41405).
4. Распоряжение Правительства РФ от 05.02.2016 №164-р «Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года».
5. Распоряжение Правительства РФ от 14.04.2016 №669-р «План мероприятий по реализации в 2016-2020 годах Концепции демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года».
6. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 №598 «О совершенствовании государственной политики в сфере здравоохранения».
7. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2012 №606 «О мерах по реализации демографической политики Российской Федерации».

Ю.И. ПОЛИЩУК, Л.Е. ПИЩИКОВА

Медицинская помощь людям пожилого и старческого возраста с психическими расстройствами

Полищук Ю.И., Пищикова Л.Е. Медицинская помощь людям пожилого и старческого возраста с психическими расстройствами

В статье дается обзор основных современных сведений о состоянии психического здоровья пожилых и старых людей, а также способах лечения психических расстройств в позднем возрасте. Последовательно рассматриваются такие формы психической патологии, как деменции, поздние депрессии, бредовые и галлюцинаторные расстройства, невротические и додементные когнитивные нарушения. Специальное внимание уделяется непсихотическим психическим расстройствам, которыми занимается пограничная геронтопсихиатрия. Подчеркивается необходимость развития новых форм внебольничной геронтопсихиатрической помощи с приближением ее к пожилому населению.

Polischuk Y.I., Pishchikova L.E. Medical assistance to elderly people with mental disorders

The article reviews the key relevant data on the state of mental health of older and senile people as well as methods of treatment of mental disorders in later life. Such forms of mental pathology as dementia, later depression, delusional and hallucinatory disorders, neurotic and prodementia cognitive impairment are consistently considered. The focus is on non-psychotic mental disorders which are the specialization of boundary geriatric psychiatry. The need for novel forms of outpatient geriatric psychiatry care which would be available to the elderly population is emphasized.

Ключевые слова: пожилой и старческий возраст, психические расстройства, способы лечения

Keywords: elderly and senile age, mental disorders, treatment methods

Всесторонняя медико-психологическая характеристика и оценка психического состояния пожилых и старых людей являются важнейшей частью общей оценки их здоровья. Изучением и лечением психических расстройств в позднем возрасте занимается психогериатрия или геронтопсихиатрия, которая является одним из важных направлений в мировой научной и практической психиатрии. Ее актуальность и значимость определяются продолжающимся ростом числа психических расстройств в позднем возрасте соответственно росту числа пожилых и старых людей во всем мире. По мнению многих геронтологов и геронтопсихиатров, чем старше человек, тем острее стоит вопрос о его психическом здоровье, несмотря на существование благоприятных и неблагоприятных типов старения [1, 2].

Состояние психического здоровья пожилых и старых людей, доля которых в населении России постоянно возрастает, остается не вполне удовлетворительным. В некоторых субъектах Российской Федерации

доля пожилых и старых людей уже превышает 25% и доходит до 28% от общей численности населения региона (из резолюции Третьего международного социально-медицинского форума «Мир активного долголетия — 2013»). В стране неуклонно растет доля старых и очень старых людей. Увеличивается число лиц в возрасте 80 и более лет со значительным преобладанием женщин над мужчинами, средняя продолжительность жизни которых примерно на 13 лет больше, чем средняя продолжительность жизни мужчин.

Переход к рыночным отношениям и состояние финансово-экономического кризиса вызвали ухудшение социально-экономического положения многих старых людей. Они утрачивают возможность самоактуализации своей личности, у них ущемляется чувство собственного достоинства, снижается самооценка, нарушается личностная идентичность. У многих возникают переживания своей ненужности, отчуждение от близких, от жизни общества, что способствует развитию депрессивных и тревожных расстройств. Бездеятельный и пассивный образ жизни, снижение интересов и активности отрицательно сказываются на психическом здоровье пожилых людей и способствуют процессам биологического увя-

*Ю.И. ПОЛИЩУК, д.м.н., профессор, yu.polischuk@mail.ru
Л.Е. ПИЩИКОВА, д.м.н., agape101@yandex.ru
ФГБУ «ФМИЦПН им. В.П. Сербского» Минздрава России*

дания и развитию соматических заболеваний [3, 4].

Главной проблемой современной геронтопсихиатрии являются деменции позднего возраста. Уже можно говорить о своего рода эпидемии этой психической патологии с учетом нарастающей ее частоты во многих странах мира, включая Россию. Согласно современной международной классификации болезней выделяется несколько видов органических деменций позднего возраста:

- деменция при болезни Альцгеймера, в основе которой лежит прогрессирующая атрофия клеток коры головного мозга и подкорковых структур. Она подразделяется на деменцию с ранним началом (50–60 лет) или болезнь Альцгеймера в собственном смысле и деменцию с поздним началом (после 60–70 лет), которую называют деменцией альцгеймеровского типа;

- сосудистая деменция, в основе которой лежит прогрессирующая сосудистая (атеросклеротическая и гипертоническая) энцефалопатия с множественными мелкими и более крупными инфарктами мозга. Выделяются сосудистая деменция с острым началом (постинсультная), мультиинфарктная деменция, субкортикальная сосудистая деменция, смешанная корковая и подкорковая деменция и некоторые другие варианты сосудистой деменции;

- смешанная сосудисто-атрофическая деменция, при которой имеет место сочетание сосудистых и атрофических нарушений в головном мозге.

Помимо этих видов деменций, выделяются деменции при болезни Пика (лобно-височная деменция), болезни Паркинсона, болезни Гентингтона, деменция с тельцами Леви и некоторые другие.

Число больных с деменцией неуклонно растет по мере старения: от 14,6 случаев на 1 000 человек в возрасте 60–69 лет до 144,9 случаев на 1 000 человек в возрасте 80 лет и старше. Наибольшее распространение получают деменции при болезни Альцгеймера и сосудистые деменции. По статистическим данным, в 2010 г. в мире насчитывалось 36 млн больных болезнью Альцгеймера. В 2030 г. их, по прогнозу зарубежных исследователей, будет примерно 66 млн, а в 2050 г. — около 115 млн. В настоящее время выделяются семь факторов риска возникновения этого заболевания: 1) низкое образование (40%), 2) курение (27%), 3) депрессии (13%), 4) низкая физическая активность, 5) гипертоническая болезнь, 6) диабет, 7) ожирение. Эти факторы и их сочетания вносят вклад в 50% всех случаев болезни Альцгеймера. Снижение числа всех факторов риска на 10% может уменьшить число больных этим заболеванием на 1,1 млн человек. Имеют значение и генетические факторы.

В случаях более раннего начала этого заболевания отмечается быстрое развитие глобального сла-

боумия с расстройствами всех видов памяти (прогрессирующая амнезия), расстройством высших корковых функций — речи (афазии), узнавания (агнозии), письма (аграфия), чтения (алексия), счета (акалькулия), двигательных функций (апраксия). Больные становятся беспомощными и нуждаются в постоянном уходе. Женщины болеют в 8–10 раз чаще, чем мужчины. В случаях с более поздним началом болезни (после 70 лет) наблюдается более медленное развитие всех указанных расстройств с меньшей выраженностью локальных корковых дисфункций и относительной сохранностью элементарных жизненных навыков. Генетическим фактором риска при этом типе заболевания является наличие варианта гена апополипротеина E (ApoE). Характерными являются состояния «сдвига ситуации в прошлое» и ночные состояния спутанности сознания по типу псевдоделирия с двигательным возбуждением. Нередко возникают бредовые и аффективные расстройства.

При изучении патогенеза болезни Альцгеймера было установлено, что одним из главных звеньев патологического процесса в головном мозге является нарастающий дефицит нейромедиатора ацетилхолина в результате его разрушения под влиянием фермента ацетилхолинэстеразы. Поэтому сформировалось направление холинэргической терапии болезни Альцгеймера с применением таких ингибиторов фермента холинэстеразы, как ривастигмин (экселон), донепезил (арисепт), реминил (галантамин), и некоторых других. Их назначение замедляет и даже в некоторых случаях приостанавливает развитие патологического процесса, приводит при длительном приеме к улучшению когнитивных функций. Эффективным оказалось также применение корректора глутаматэргической системы мозга — акатинола мемантина, особенно при начальной и средней степени деменции [5]. Установлено положительное действие глатилина (холина альфосцерата), влияющего на синтез и высвобождение ацетилхолина. Доказан лечебный эффект больших доз церебролина при его внутривенном введении по 20–30 мл ежедневно в течение 2–3 недель. В настоящее время проводятся исследования роли иммунных факторов в патогенезе болезни Альцгеймера с установлением возможности иммунотерапии этого заболевания.

В отличие от болезни Альцгеймера сосудистая деменция, которая в российской популяции встречается несколько чаще, чем в западных странах, характеризуется развитием не глобального слабоумия, а главным образом парциального (лакунарного) слабоумия с относительной сохранностью высших корковых функций и ядра личности. Заболева-

ние характеризуется прежде всего нарастающей амнезией (амнестическое слабоумие), развитием психоорганического синдрома с брадифренией, снижением уровня интеллектуальной деятельности, критических способностей. Характерным является слабодушие и аффективная лабильность. Эйфория может легко сменяться дисфорией и депрессией. В основе развития сосудистой деменции нередко лежат микроинсульты или инфаркты мозга. Поэтому большая часть сосудистых деменций получила название мультиинфарктных. Отдельно выделяется субкортикальная деменция, в основе которой лежит атеросклеротическое поражение белого вещества головного мозга в результате возникновения ишемических или геморрагических очагов, которые хорошо выявляются с помощью компьютерной томографии или магнитно-резонансной томографии. При лобной локализации очагов размягчения мозговой ткани вследствие ишемических инфарктов развивается псевдопаралитическая форма сосудистой деменции. При ней отмечается утрата способности к планированию и контролю всех действий, снижение критических способностей, беспечность, расторможенность влечений. На фоне сосудистой деменции нередко возникают острые психотические состояния с бредом и нарушением сознания, которые часто носят эндогенноморфный характер. Их дифференциальная диагностика нередко вызывает затруднения.

При лечении сосудистых деменций используют вазоактивные препараты, улучшающие кровоснабжение головного мозга, такие как инстенон, винпоцетин (кавинтон), пентоксифилин (трентал), ницерголин (сермион), эуфиллин и др. Применяются нейрометаболические средства — пикамилон, пантогам, вазобрал, ноопепт. Используются также холинэргические препараты, которые назначаются при болезни Альцгеймера, а также акатинол мемантин и церебролизин. При развитии психотических расстройств назначаются атипичные нейролептики респиридон, оланзапин, сероквель в небольших дозах.

■ Депрессивные расстройства в позднем возрасте

Патологические расстройства настроения в форме депрессий, в силу их широкой распространенности и негативного влияния на соматическую сферу, представляют собой важнейшую общемедицинскую и медико-социальную проблему. В позднем возрасте депрессивные расстройства встречаются чаще, чем в молодом, и принимают более затяжное, нередко хроническое течение, резко снижая качество жизни и уровень социального функционирования больных.

Среди контингента пожилых и старых людей, посещающих территориальные поликлиники, распространенность депрессивных расстройств достигает 50—60% [6]. Возникновение депрессивных расстройств отрицательно сказывается на клинических проявлениях, течении и исходе многих соматических заболеваний. Установлено, что наличие депрессивного расстройства у лиц, перенесших инфаркт миокарда, в 3,5 раза увеличивает риск летального исхода. При депрессиях в позднем возрасте повышается риск суицидальных попыток и завершенных суицидов. Выделяются различные варианты депрессивных расстройств в позднем возрасте.

Депрессивный эпизод по степени выраженности может быть легким, умеренным и тяжелым. Депрессивные эпизоды могут сопровождаться соматическими симптомами (анорексия, запоры, потеря массы тела, нарушения сна). Тяжелый депрессивный эпизод может протекать с психотическими симптомами или без них.

Рекуррентное (периодическое) депрессивное расстройство проявляется в виде повторяющихся легких, умеренных или тяжелых депрессивных эпизодов. Биполярное аффективное расстройство проявляется текущими депрессивными и маниакальными эпизодами умеренной или легкой степени с соматическими симптомами или без них. Оно также может проявляться в виде смешанного аффективного расстройства с элементами мании и депрессии одновременно. Могут возникать периодические гипоманиакальные или маниакальные эпизоды с повышенной веселостью, раздражительностью, отвлекаемостью.

К хроническим депрессивным расстройствам относятся дистимии и циклотимии. Дистимия характеризуется стойко пониженным настроением в течение многих месяцев с повышенной утомляемостью, чувством слабости, усталости, снижением работоспособности, снижением интересов, активности, склонностью к пессимизму. Снижается аппетит, нарушается сон. Как правило, этому предшествуют негативные ситуационные влияния. На фоне дистимии могут возникать депрессивные эпизоды. В таких случаях говорят о двойных депрессиях. Циклотимия представляет собой смягченный вариант биполярного аффективного расстройства. Она выражается хронической нестабильностью настроения с повторяющимися эпизодами легкой депрессии и гипомании. Между эпизодами сохраняется ровное настроение. Однако нередко в позднем возрасте наблюдается континуальное течение циклотимии с постоянным чередованием субдепрессий и гипоманий.

Одной из часто встречающихся форм депрессивных расстройств в позднем возрасте является патологическая реакция горя, возникающая после смерти

близкого человека, чаще всего супруга или супруги. Утрата близкого человека и последующее тягостное состояние одиночества являются катастрофическим стрессовым событием. В этих случаях депрессивные расстройства, возникающие после стадии аффективно-шоковых проявлений, отличаются большой глубиной и затяжным течением. В клинической картине преобладает мучительная тоска или тоскливо-тревожный аффект, поглощенность мыслями, представлениями и воспоминаниями, связанными с умершим, которые носят сверхценный или навязчивый характер. Часто возникают идеи своей виновности, самообвинения в упущенных возможностях предотвратить смерть близкого человека. Затем развивается чувство одиночества, покинутости. Возникают мысли о бессмысленности и бесцельности дальнейшей жизни. Появляются антивитальные и суицидальные мысли, которые могут переходить в намерения и попытки покончить жизнь самоубийством. Как правило, такие пациенты не считают свое состояние болезненным и не обращаются к врачам, что способствует затягиванию указанных расстройств. В типичных случаях, если не оказывается медицинская помощь, патологические реакции горя имеют трехэтапную динамику: этап непрерывно-стабильных проявлений, продолжающийся около полугода, этап непрерывно-волнообразных проявлений, продолжающийся 1—1,5 года, и этап периодических проявлений, которые могут удерживаться на протяжении 1,5—2 лет, после чего наступает практическое выздоровление. В некоторых случаях второй этап этих состояний трансформируется в патологическое депрессивное или истеродепрессивное развитие личности с формированием культа умершего. Патологические реакции горя в позднем возрасте чаще развиваются у лиц с наличием в преморбиде тревожно-мнительных черт, психической ригидности, сензитивности. Другим фактором, способствующим развитию этих состояний, является симбиотический характер супружеских взаимоотношений, многолетняя привязанность друг к другу. Своевременная диагностика патологических реакций горя, их психотерапевтическая и медикаментозная коррекция возможны в условиях геронтопсихиатрических кабинетов психоневрологических диспансеров, территориальных поликлиник и центров социального обслуживания [7, 8].

Лечение депрессивных расстройств в позднем возрасте требует дифференцированного подбора современных антидепрессантов в соответствии с типом депрессии, сопутствующей психопатологической и соматической симптоматики. Важен выбор антидепрессантов, не обладающих выраженным побочным действием, которое нередко может возникать у больных преклонного возраста. Отдается предпочтение

селективным ингибиторам обратного захвата серотонина (СИОЗС) — сертралину, флувоксамину, флуоксетину, ципрелексу, ремерону, а также лудиамилу, миансерину. Трициклические антидепрессанты (амитриптилин) в связи с их кардиотоксичностью и отрицательным влиянием на когнитивные функции следует применять реже и в условиях стационара. Лечение антидепрессивными средствами должно сочетаться с психотерапией и психосоциальной терапией.

■ Бредовые и галлюцинаторные расстройства

Затяжные и хронические бредовые расстройства в пожилом возрасте с систематизированным интерпретативным бредом обыденного содержания носят название инволюционных параноидов. Больные высказывают необоснованные идеи ущерба, притеснения, вредительства, обкрадывания. Возникают патологические идеи отравления, преследования по отношению к лицам из ближайшего окружения. Могут возникать обонятельные и вкусовые галлюцинации. Наряду с перечисленными бредовыми переживаниями развивается бред разоблачительства. Больные устно и в письменной форме обращаются в правоохранительные и административные органы с требованием привлечь к ответственности преследователей в лице соседей или родственников. Вне сферы бредовых идей и переживаний такие больные не обнаруживают каких-либо странностей в своих высказываниях и поведении, сохраняют трудоспособность и социальные связи. В случаях усложнения бреда, присоединения бредовых идей иного содержания, бреда физического и гипнотического воздействия, психических автоматизмов и псевдогаллюцинаций следует диагностировать бредовую форму шизофрении.

Галлюцинозы позднего возраста возникают чаще в старческом возрасте при снижении функции анализаторов — слухового, зрительного, тактильного, обонятельного, вкусового. Зрительный галлюциноз характеризуется сценическими, красочными галлюцинациями или эпизодическими зрительным обманом, которые вызывают у пациента интерес, удивление, иногда пугают. Слуховой галлюциноз усиливается в вечернее время, носит поливокальный характер с отрицательным содержанием истинных слуховых галлюцинаций. Тактильный галлюциноз проявляется в форме неприятных, иногда мучительных ощущений под кожей и внутри кожи, часто сочетается с бредом одержимости кожными паразитами. Обычно такие больные обращаются к дерматологам или инфекционистам, требуя назначить лечение от мнимых кожных паразитов. Лечение бредовых и галлюцинаторных расстройств в позднем возрасте предполагает назначение психиатром современных

нейролептических средств (рисполепт, клозапин, сероквель, оланзапин).

До настоящего времени остается недостаточно разработанной область пограничной геронтопсихиатрии, которая при всей условности этого термина охватывает широкий спектр психических расстройств непсихотического (невротического) уровня [9]. Она включает в себя невротические, связанные со стрессом и соматоформные, в частности соматизированные, расстройства, аффективные расстройства в форме депрессивных и депрессивно-тревожных реакций, органические психические расстройства с легкими и умеренными (додементными) когнитивными нарушениями, личностные расстройства. В настоящее время легкие и умеренные когнитивные расстройства преимущественно органической природы в позднем возрасте стали предметом многочисленных исследований не только психиатров, но и неврологов. Большинство больных с этими расстройствами не обращаются к врачам, и когнитивные нарушения не выявляются. Это способствует затягиванию и хронификации данной психической патологии, переходу значительной ее части в более тяжелые формы (деменции). Кроме того, пограничные психические расстройства, особенно аффективные, усугубляют теч-

ние и исход сопутствующих соматических заболеваний. Вот почему важной задачей является развитие внебольничных форм геронтопсихиатрической помощи в целях раннего выявления и лечения пограничных форм психической патологии у лиц позднего возраста. В настоящее время начинают сбываться слова выдающегося российского геронтопсихиатра Э.Я. Штернберга о том, что в результате создания экстрамуральной геронтологической психиатрии возникнут новые научные и практические задачи. Значительно расширится круг психических расстройств, подлежащих компетенции психиатра-геронтопатра. Главные усилия исследователей в будущем будут направлены на область так называемой малой (пограничной) психиатрии позднего возраста [10].

Актуальной задачей является задача создания в России специализированной геронтопсихиатрической службы с учетом ее специфических задач и особенностей функционирования, сложностью диагностики психических заболеваний позднего возраста, специфическими особенностями лечения пожилых больных, важностью взаимодействия геронтопсихиатрической помощи с соматической медициной и социальными службами, необходимости приближения ее к пожилому населению страны.

ИСТОЧНИКИ

1. Пищикова Л.Е. Психические расстройства органической природы у пожилых лиц (клиническая типология, комплексная оценка и судебно-психиатрическое значение). Дисс. докт. мед. наук. М., 2015.
2. Шахматов Н.Ф. Психическое старение. М.: «Медицина», 1996. 304 с.
3. Краснова О.В., Лидерс А.Г. Социальная психология старения. М.: Издательский центр «Академия», 2002. 288 с.
4. Гаврилова С.И. Современное состояние и перспективы развития отечественной геронтопсихиатрии. Социальная и клиническая психиатрия, 2006, 3: 5-11.
5. Гаврилова С.И. Фармакотерапия болезни Альцгеймера. М.: Пульс. 2003. 320 с.
6. Краснов В.Н., Полищук Ю.И. Психические расстройства в позднем возрасте. Руководство по геронтологии под ред. В.Н.Шабалина. М.: Цитадель-трейд, 2005. 800 с.
7. Михайлова Н.М. Психические расстройства у пациентов геронтопсихиатрического кабинета общесоматической поликлиники (клинико-статистические и лечебно-организационные аспекты). Дисс. докт. мед. н. М.: 1966.
8. Полищук Ю.И., Федотов Д.Д. Современные проблемы психогигиены и первичной психопрофилактики. Смоленск: Свиток. 2014. 104 с.
9. Семке В.Я., Цыганков Б.Д., Одарченко С.С. Основы пограничной геронтопсихиатрии. М.: Изд-во «Медицина». 2006. 526 с.
10. Штернберг Э.Я. Геронтологическая психиатрия. М.: «Медицина», 1977.

Проблемы и перспективы в оказании медицинской помощи пациентам с остеопорозом

Зоткин Е.Г., Серпов В.Ю. Проблемы и перспективы в оказании медицинской помощи пациентам с остеопорозом

Остеопороз относится к наиболее распространенным заболеваниям костно-мышечной системы, медико-социальная значимость которого определяется ростом числа переломов костей скелета у людей старшего возраста, что обуславливает их высокую смертность, инвалидизацию и снижение качества жизни. С точки зрения ранней диагностики и патогенетического лечения, а также длительного наблюдения проблема остеопороза остается недооцененной по сравнению с другими хроническими неинфекционными заболеваниями. В статье обсуждается международный и отечественный опыт организации специализированной медицинской помощи пациентам с данной патологией.

Zotkin E.G., Serpov V.Y. Problems and prospect of health care for patients with osteoporosis.

Osteoporosis is one of the most frequent diseases of the musculoskeletal system with an increasing number of fractures in the elderly that leads to poor quality of life, high morbidity and mortality. Compared to other chronic non-infection diseases, osteoporosis is underestimated with relation to early diagnostics, long-term follow-up and pathogenetic treatment. In this article, we discuss the global and local experience in organizing the specific care for patients with osteoporosis.

Ключевые слова: остеопороз, переломы, смертность, организация медицинской помощи

Keywords: osteoporosis, fractures, mortality, health care



Е.Г. Зоткин



В.Ю. Серпов

Введение

В структуре заболеваемости остеопороз занимает одно из ведущих мест наряду с болезнями сердечно-сосудистой системы, злокачественными опухолями и травмами. Учитывая увеличение ожидаемой продолжительности жизни, число пациентов с этой формой патологии, как и другими хроническими неинфекционными заболеваниями, будет неуклонно возрастать. Рост заболеваемости остеопорозом будет закономерно сопровождаться увеличением числа переломов ко-

стей скелета. Вместе с тем, несмотря на высокую распространенность остеопороза, регистрация новых случаев заболевания происходит достаточно медленно, поскольку выявление остеопороза, как правило, существенно запаздывает. Это связано с тем, что в реальной клинической практике поводом для инициации обследования пациента является наличие у него перелома, произошедшего при минимальной травме. В силу указанных обстоятельств основными задачами системы здравоохранения должны стать ранняя диагностика остеопороза на этапе отсутствия осложнений, назначение патогенетической терапии пациентам с высоким риском переломов, тщательное осуществление динамического наблюдения за ними с целью достижения адекватного ответа при проведении комплексного лечения.

Эпидемиология остеопороза и остеопоротических переломов

Эпидемиологические исследования, проведенные в различных странах и регионах, свидетельствуют о крайне высокой распространенности остеопороза, которую стало возможно определять только после внедрения в клиническую практику костной денситометрии. Так, в США около 55% людей старше 50 лет имеют низкие показатели минеральной плотности костной ткани (МПК). При этом, согласно прогнозу, количество людей с остеопорозом к 2020 г. может возрасти примерно в 1,5 раза [1], что обусловлено влиянием только одного фактора — постарением населения. Остеопороз в России, как и во всем мире, представляет одну из

Е.Г. ЗОТКИН, д.м.н., заведующий кафедрой геронтологии, геронтологии и сестринского дела ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава РФ, руководитель городского консультативно-диагностического центра профилактики остеопороза СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница №25», Санкт-Петербург, ezotkin@mail.ru

В.Ю. СЕРПОВ, д.м.н., главный врач СПб ГБУЗ «Городской гериатрический центр», Санкт-Петербург, ggc-admin@mail.ru

важнейших проблем здравоохранения, поскольку является в среднем у 30,5—33,1% женщин и у 22,8—24,1% мужчин старше 50 лет, что составляет более 10 млн человек [2].

Низкоэнергетические переломы рассматриваются не только как главное проявление остеопороза, но и как его осложнение. Частота переломов в популяции достаточно хорошо изучена, однако имеются различия, зависящие от пола, возраста, расы, региона проживания и других факторов окружающей среды. К основным переломам, присущим остеопорозу, относятся переломы проксимального отдела бедренной кости, компрессионные переломы позвоночника и некоторые периферические переломы, такие как переломы предплечья (Коллиса), ключицы, плеча, костей таза, ребер. Переломы другой локализации, как правило, не связаны непосредственно с остеопорозом. Среди всех остеопоротических переломов на долю проксимального отдела бедренной кости приходится около 20% случаев, на предплечье и другие периферические кости 30%, а вертебральные компрессионные переломы составляют около 50% (National Osteoporosis Foundation, 2006). Известно, что рост числа низкоэнергетических переломов начинается с 45—50 лет, однако почти двухкратное их увеличение наблюдается у людей старшей возрастной группы (после 70—75 лет).

Официальная статистика заболеваемости не дает полного представления о переломах, обусловленных остеопорозом. Форма федерального статистического наблюдения №57 «Сведения о травмах, отравлениях и некоторых других последствиях воздействия внешних причин», утвержденная постановлением Госкомстата России от 29.06.1999 №49, составляется всеми медицинскими организациями, оказывающими медицинскую помощь в амбулаторных условиях. В этой форме учитываются переломы верхних и нижних конечностей, переломы позвоночника, туловища и других областей тела. Соответственно, невозможно судить о количестве переломов, вызванных высокоэнергетическим воздействием (падения с высоты, производственные, дорожно-транспортные травмы), или связанных с незначительными травмами (бытовые травмы и падения дома и на улице). В связи с этим с целью оценки числа остеопоротических переломов требуется проведение специально спланированных эпидемиологических исследований.

В 14 городах Российской Федерации за период 1992—1997 гг. было проведено многоцентровое исследование, позволившее определить распространенность основных остеопоротических переломов — перелома дистального отдела предплечья и проксимального отдела бедренной кости у лиц старше 50 лет [3]. За 5-летний период частота перелома бедра составила

100,9 случая на 100 тыс. населения в возрасте 50 лет и старше (77,0 у мужчин и 115,5 у женщин), а частота перелома дистального отдела предплечья составила 200 случаев на 100 тыс. мужчин и 563 на 100 тыс. женщин. В целом в России происходит около 9 млн низкоэнергетических переломов периферических отделов скелета и 3,8 млн случаев переломов позвонков. Подсчитано, что каждую минуту в стране у людей старше 50 лет происходит 7 переломов позвонков, каждые 5 минут — перелом шейки бедра [2].

Схожее по дизайну популяционное исследование, направленное на выявление числа периферических остеопоротических переломов, было проведено в Санкт-Петербурге в 2005—2006 гг. Оказалось, что частота переломов дистального отдела предплечья у женщин старше 50 лет составила 1149,33 случая на 100 тыс. населения, а проксимального отдела бедренной кости — 155,08 случая. При этом этот показатель у женщин старше 75 лет составил 480,3 случая. Простое сопоставление представленных цифр статистического анализа указывает на то, что во втором по численности населения городе России количество периферических переломов, включая перелом бедренной кости, выше в 1,5—2 раза, чем в целом по стране [4].

Истинную частоту вертебральных переломов в когортных и популяционных исследованиях, в которых не планировалось проводить рентгенографию грудного и поясничного отделов позвоночника в боковой позиции, установить невозможно. В связи с этим следует проанализировать результаты больших проспективных популяционных исследований, целью которых явилось изучение распространенности вертебральных переломов среди населения Европы и США на основе рентгеноморфометрии.

Крупное эпидемиологическое популяционное исследование (European Vertebral Osteoporosis Study) показало, что распространенность вертебральных переломов среди жителей Европы составляет 11,5% среди женщин в возрасте 50—54 лет и достигает 34,8% в 75—79 лет [5]. Было установлено, что частота вертебральных переломов у мужчин и женщин в возрасте 65—69 лет примерно одинаковая (12-13%). Среди людей более старшего возраста вертебральные переломы преобладали у женщин. Это факт может быть обусловлен более высокой продолжительностью жизни женщин по сравнению с мужчинами. Приблизительно 40% женщин в возрасте старше 50 лет будут иметь хотя бы один вертебральный перелом в своей последующей жизни [6].

Единственное проспективное популяционное исследование, проведенное в России, показало, что частота новых случаев переломов позвонков в год составила 5,9% у мужчин и 9,9% у женщин 50 лет и старше [7].

■ Медико-социальные и экономические последствия остеопоротических переломов

Наиболее драматичные последствия наблюдаются после перелома проксимального отдела бедренной кости, с которыми связаны самые высокие показатели смертности, инвалидности и стоимости лечения, чем при других остеопоротических переломах вместе взятых. Каждый пожилой человек с переломом бедра нуждается, по сути, в экстренной медицинской помощи: в зависимости от типа перелома должно выполняться либо эндопротезирование, либо металлоостеосинтез (при отсутствии противопоказаний, которые могут быть связаны лишь с наличием сопутствующей патологии). Отказ от выполнения оперативного пособия для пациента означает катастрофическое снижение качества жизни, невозможность осуществления ряда основных жизненных функций, необходимость в обеспечении длительного ухода силами родственником и/или социальных работников. Многочисленные исследования показывают, что летальность в таких случаях достигает 45–60% в первый год после перелома. В исследовании, проведенном в Санкт-Петербурге, было показано, что уровень летальности среди пациентов, перенесших переломы проксимального отдела бедренной кости, существенно различался в зависимости от выбора тактики лечения. В случаях, когда пациенты во время первичной госпитализации были прооперированы по поводу перелома, общая летальность в течение последующих двух лет составила 29,1%. Летальность среди женщин была несколько выше, чем у мужчин, что объясняется их более старшим средним возрастом в момент оперативного лече-

ния. Если операция при госпитализации не проводилась в силу различных причин и пациенты выписывались на амбулаторное лечение, то летальность составила 57,4% [4]. Ряд авторов указывают на то, что даже в условиях выполнения оперативного лечения 40—70% пациентов не могут достичь исходного состояния, наблюдавшегося до перелома.

Достаточно большие средства выделяются из бюджетов различных уровней для оказания высокотехнологичной медицинской помощи на эндопротезирование как в рамках базовой программы обязательного медицинского страхования (ОМС), так и за счет выделения целевых субсидий медицинским организациям из федерального и регионального бюджетов.

Расходы на лечение переломов дистального отдела предплечья складываются из затрат на оказание медицинских услуг (консультации врачей-травматологов, проведение физиотерапевтических процедур, выполнение рентгенографии) и оплаты листа нетрудоспособности. Среди всех пациентов, которые обратились с переломами дистального отдела предплечья в травматологический пункт, лист нетрудоспособности оформлялся в 69,8% случаев. Средняя продолжительность случая утраты трудоспособности составила 35,8 дня. Расчетная максимальная стоимость лечения одного случая перелома дистального отдела предплечья в 2007 г. в Санкт-Петербурге могла составить более 18 тыс. руб. с учетом выплат работающему населению из Фонда социального страхования и возмещения затрат лечебному учреждению территориальным фондом обязательного медицинского страхования [4].

ТАБЛИЦА. Основные показания для проведения денситометрии в зависимости от возраста

Возраст < 50 лет	Возраст 50—64 года	Возраст старше 65 лет
— Низкоэнергетические переломы	Низкоэнергетические переломы после 40 лет	Все мужчины и женщины
— Длительный прием глюкокортикоидов	— Длительный прием глюкокортикоидов	
— Гипогонадизм или ранняя менопауза (≤ 45 лет)	— Перелом бедра у родителей	
— Синдром мальабсорбции	— Злоупотребление алкоголем	
— Хронические воспалительные заболевания	— Низкий вес (< 60 кг) или потеря веса > 10 кг по сравнению с весом в возрасте 25 лет	
— Первичный гиперпаратиреоз	— Ранняя менопауза	
Тиреотоксикоз		

■ Диагностика остеопороза

Длительное время нарушение прочности костной ткани у пожилых людей считалось объективным закономерным процессом, присущим старению, а эффективных методов лечения не было. Начиная с 90-х годов прошлого столетия стали активно разрабатываться диагностические подходы, направленные на измерение минеральной плотности костной ткани. В 1994 г. ВОЗ разработала критерии диагностики, основанные на измерении МПК, поскольку именно снижение плотности ассоциировалось с риском переломов.

МПК при отсутствии низкоэнергетических переломов в анамнезе является лучшим предиктором переломов. Именно на основании выявления факторов риска остеопороза следует направлять пациентов на денситометрию (*табл.*).

Денситометрия должна быть доступной диагностической процедурой для населения. Обеспеченность денситометрами значительно различается в разных странах, что сказывается на качестве оказания медицинской помощи. В Санкт-Петербурге уже с 2008 г. костная денситометрия как медицинская услуга вошла в Территориальную программу государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи. В настоящее время более 10 медицинских организаций как первичного звена здравоохранения, так и многопрофильные стационары выполняют костную денситометрию пациентам по направлению из городских поликлиник. По данным ТФ ОМС, за 2015 г. в Санкт-Петербурге денситометрия была выполнена более 16 тыс. гражданам, а количество оказанных услуг составило 30 тыс. Однако не во всех субъектах Российской Федерации костная денситометрия проводится бесплатно.

Денситометрия — это и «золотой стандарт» диагностики остеопороза, и единственный объективный способ контроля за эффективностью лекарственной терапии остеопороза.

■ Организация консультативной помощи пациентам с остеопорозом

На основании приказа Министерства здравоохранения РФ от 11.08.1997 №239 «Об организации центров профилактики остеопороза» в крупных городах стали создаваться региональные центры, которых в настоящее время насчитывается около 40. Как правило, центры профилактики остеопороза являются структурными подразделениями многопрофильных больниц или консультативно-диагностических центров. Основными задачами центров является оказание специализированной медицинской помощи профильным

пациентам, проведение организационно-методической работы в регионе, а также участие в образовательной и научной деятельности. Для руководителей и врачей центров профилактики остеопороза силами Российской ассоциации по остеопорозу организуются ежегодные методические совещания по актуальным вопросам диагностики и лечения метаболических заболеваний скелета.

В соответствии с порядками оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «терапия», «гериатрия», «ревматология» пациентам должна быть предоставлена возможность получить консультативную помощь в условиях базовой поликлиники силами участковых терапевтов, врачей общей практики, а также врачей-специалистов. При затруднении в диагностике и выборе лечебной тактики, а также при осложненном течении заболевания и при наличии медицинских показаний врач первичного звена здравоохранения направляет пациентов на консультацию в центр профилактики остеопорозом после предварительного обследования.

Следует отметить, что вопросы диагностики, профилактики и лечения остеопороза включены в программы повышения квалификации для врачей по специальности терапия, ревматология, гериатрия, эндокринология многих образовательных медицинских учреждений.

■ Стратегия тщательного контроля за пациентами с остеопорозом

Безусловно, профилактика остеопороза на доклинической стадии болезни, когда нет выраженного снижения МПК и отсутствуют низкоэнергетические переломы в анамнезе, наиболее эффективна. Однако сегодня такая стратегия представляется невыполнимой. В связи с этим наиболее приемлемой тактикой является выявление пациентов с высоким риском остеопоротических переломов, к которым можно отнести следующие группы:

- уже имевших в анамнезе низкоэнергетические переломы;
- пациенты с предельно низкими значениями МПК по данным денситометрии;
- пациенты, у которых невозможно устранить существующие факторы риска (прием высоких доз глюкокортикоидов, низкая масса тела, саркопения, синдром мальнутриции и т. д.).

Среди постменопаузальных женщин примерно 80—90% переломов бедра, предплечья и позвонков ассоциируются с остеопорозом. Наличие подтвержденного диагноза с помощью рентгеновской остеоденситометрии и низкоэнергетического перелома повышает риск новых переломов примерно в 20 раз по

сравнению с пациентами с нормальной МПК и не имевших переломов в анамнезе [8, 9]. Такие пациенты требуют проведения вторичной профилактики переломов посредством назначения антиостеопоротической лекарственной терапии, а также коррекции питания и осуществления программ физкультуры.

Несмотря на то, что выявить пациентов с высоким риском переломов несложно, многие исследования указывают на то, что практикующие врачи не использовали возможность ранней профилактики повторных переломов, особенно среди пациентов с неverteбральными переломами. Таким образом, многие авторы считают, что проблема диагностики остеопоротических переломов и его лечения недооценены, а практикующие врачи не в полном объеме соблюдают принятые в своих странах клинические рекомендации. Причина сложившейся ситуации остается неизвестной. Высказывается мнение об отсутствии преемственности в оказании медицинской помощи пациентам, перенесшим низкоэнергетический перелом.

С учетом имеющегося международного опыта Российской ассоциацией по остеопорозу в 2013 г. был инициирован пилотный проект «ПРОМЕТЕЙ», направленный на Предупреждение Повторных переломов у пациентов с остеопорозом [10]. Основная цель проекта «ПРОМЕТЕЙ» — оказание информационной и методической помощи учреждениям практического здравоохранения Российской Федерации при создании служб вторичной профилактики остеопоротических переломов костей для уменьшения их негативных последствий путем разработки маршрутизации профильных пациентов от травматолога к врачу, который инициирует антиостеопоротическую терапию.

■ Заключение

Несмотря на высокую распространенность остеопороза, подтвержденную многочисленными эпидемиологическими и популяционными исследованиями, регистрация новых случаев заболевания остается низкой. Врачам, оказывающим первичную медико-санитарную помощь, следует больше внимания уделять вопросам диагностики остеопороза, используя общепринятые методы выявления заболевания посредством денситометрии, а региональные профильные ведомст-

ва должны обеспечить доступность этой медицинской услуги. Ни один из пациентов, имеющий в анамнезе низкоэнергетические переломы любой локализации, не должен оказаться вне поля зрения лечащего врача. Активное сопровождение и тщательный контроль за соблюдением пациентом с остеопорозом лечебных мероприятий являются залогом снижения риска повторных переломов.

ИСТОЧНИКИ

1. Burge R, Dawson-Hughes B, Solomon D.H et al. Incidence and economic burden of osteoporosis related fractures in the United States, 2005-2025. *J. Bone Miner. Res.*, 2007, 22: 465–475.
2. Лесняк О.М. Аудит состояния проблемы остеопороза в странах Восточной Европы и Центральной Азии в 2010 году. *Остеопороз и остеопатии*, 2011, 2: 3–6.
3. Михайлов Е.Е., Меньшикова Л.В., Ершова О.Б. Эпидемиология остеопороза и переломов в России. *Остеопороз и остеопатии*, 2003, Прил.: 44.
4. Зубкова И.И. Медико-социальные и экономические последствия остеопоротических переломов среди взрослого населения Санкт-Петербурга. Автореф. дисс.... канд. мед. наук СПб., 2013, 22 с.
5. O'Neill TW, Felsenberg D, Varlow J et al. The prevalence of vertebral deformity in European men and women: the European Vertebral Osteoporosis Study. *J. Bone Miner. Res.*, 1996, 11: 1010–1018.
6. Lips P. Epidemiology and predictors of fractures associated with osteoporosis. *Am. J. Med.*, 1997, 103(Suppl.2A): 3S–11S.
7. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Мылов Н.М. Распространенность переломов позвоночника в популяционной выборке лиц 50 лет и старше. *Вестник травматологии и ортопедии им Н.Н. Приорова*, 1997, 3: 20–27.
8. Зоткин Е.Г., Хурцилава О.Г., Зубкова И.И., Сафонова Ю.А. Verteбральные и периферические остеопоротические переломы: диагностика и медико-социальная значимость. *Травматология и ортопедия России*, 2010, 2(56): 106–109.
9. Klotzbuecher CM, Ross PD, Landsman PB, Abbott TA, Burger M. Patients with prior fractures have an increased risk of future fractures: Summary of the literature and statistical synthesis. *J. Bone Miner. Res.*, 2000, 15: 721–739.
10. Johnell O, Kanis JA, Oden A et al. Fracture risk following an osteoporotic fracture. *Osteoporos. Int.*, 2004, 15(3): 175–179.
11. Иванов С.Н., Кочиш А.Ю., Санникова Е.В. Опыт создания службы вторичной профилактики остеопоротических переломов костей в РНИИТО им. Р.Р. Вредена. *Фарматека*, 2015, 4(15): 27–33.

Ургентное недержание мочи у больных пожилого и старческого возраста

Кривобородов Г.Г. Ургентное недержание мочи у больных пожилого и старческого возраста

Ургентное недержание мочи часто встречается в клинической практике и характеризуется утечкой мочи вследствие выраженного позыва к акту мочеиспускания. Число мужчин и женщин, страдающих ургентным недержанием мочи, увеличивается с возрастом. Основным методом лечения ургентного недержания мочи являются антихолинергические препараты. У больных пожилого возраста предпочтительно использовать четвертичные амины, которые не проникают через гематоэнцефалический барьер и поэтому не ухудшают когнитивную функцию. При рефрактерном к антихолинергическим препаратам ургентном недержании мочи следует использовать интратрузорные инъекции ботулинического токсина.

Krivosborodov G.G. Urge incontinence in elderly and senile patients

Urge incontinence, a common clinical disorder, is characterized by leakage of urine due to compelling desire to urinate. The number of men and women suffering from urge incontinence increases with age. Anticholinergics are most often used for the treatment of urge incontinence. In elderly patients, quaternary amines are preferable which do not penetrate the blood-brain barrier and therefore do not impair the cognitive function. For urge incontinence refractory to anticholinergic drugs, botulinum toxin intradetrusor injections are recommended.

Ключевые слова: пожилые пациенты, ургентное недержание мочи, учащенное мочеиспускание, тропсия хлорид, ботулинический токсин типа А

Keywords: elderly patients, urge incontinence, polyuria, trospium chloride, botulinum toxin A



Г.Г. Кривобородов

Терминология и распространенность

Недержание мочи — это объективно доказанная непроизвольная утечка мочи вследствие дисфункции уретры и/или мочевого пузыря [1]. Выделяют три наиболее часто встречающихся вида недержания мочи: ургентное (от англ. urge — повелительное), стрессовое (от англ. stress — напряжение) и недержание мочи вследствие переполнения мочевого пузыря. Ургентное недержание мочи по сравнению с другими приводит к наиболее значимому снижению качества жизни пациентов, и поэтому эта проблема имеет большое социально-экономическое значение.

Распространенность ургентного недержания мочи достаточно высока. Так, ургентное и учащенное мочеиспускание отмечают примерно у 11% населения всего мира. При этом у 30—40% таких больных отмечают ургентное недержание мочи. Следует отметить, что ургентное недержание мочи встречается примерно одинаково часто как у мужчин, так и у женщин [2—5]. Примечательно, что частота ургентного недержания мочи увеличивается с возрастом. Наряду с сердечно-сосудистыми, неврологическими и ортопедическими заболеваниями, недержание мочи входит в четверку

самых распространенных состояний у людей пожилого и старческого возраста [6]. Ургентное недержание мочи не представляет угрозу для жизни, но существенно нарушает ее качество. Оно приводит к значимым моральным, а порой и физическим страданиям, ограничивая возможности пациента как в отношении работы, так и активного отдыха [7]. Многие больные и нередко врачи различных специальностей заблуждаются, считая ургентное недержание мочи естественным процессом старения. С другой стороны, некоторые пациенты надеются на самостоятельное исчезновение со временем ургентного недержания мочи. Действительно, эпизоды ургентного недержания мочи могут усиливаться или стихать в различные периоды жизни. Это нередко внушает надежду на спонтанное исчезновение болезни. Однако полученные в последние годы данные эпидемиологических исследований показывают отсутствие вероятности полного исчезновения этого недуга без какого-либо лечения. Поэтому при первых признаках появления ургентного недержания мочи необходимо обратиться к врачу урологу за медицинской помощью.

Принимая во внимание общую тенденцию к увеличению средней продолжительности жизни на планете, вопросы правильной диагностики и своевременного эффективного лечения больных с ургентным недержанием мочи остаются крайне актуальными и требуют дальнейшего изучения.

Этиология и клинические проявления

Ургентное недержание мочи является следствием нарушения накопительной способности мочевого

Г.Г. КРИБОБОРДОВ, д.м.н., профессор кафедры урологии и андрологии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующий урологическим отделением Российского геронтологического научно-клинического центра, dr.krivosborodov@yandex.ru

пузыря. Иными словами, при ургентном недержании мочи утрачивается способность детрузора поддерживать низкое давление во время наполнения мочевого пузыря мочой. Причинами такого состояния могут быть различные неврологические заболевания и повреждения с супрасакральным уровнем поражения (инсульты, опухоли, травмы головного и спинного мозга, болезнь Паркинсона, рассеянный склероз и др.), что чаще имеет место у людей пожилого и старческого возраста. Однако зачастую истинную причину ургентного недержания мочи установить не удается и в таких случаях говорят о идиопатической форме.

Клинически ургентное недержание мочи проявляется внезапным, выраженным позывом к акту мочеиспускания, нередко заканчивающимся утечкой мочи. Примечательно, что время возникновения вышеописанного состояния непредсказуемо и непрогнозируемо. Это, в свою очередь, отрицательно сказывается на поведении пациентов и сильно ограничивает их трудовую и повседневную деятельность, вынуждая оставаться в помещении в непосредственной близости от туалета. Особенно это актуально для пожилых людей с ограниченными двигательными возможностями по причине старческой дряхлости или перенесенных неврологических заболеваний, что ограничивает их возможность вовремя добраться до туалета. Кроме этого, установлено, что ургентное недержание мочи — одна из основных причин падения пожилых людей, что нередко заканчивается переломом шейки бедра [6]. Это, в свою очередь, приводит к инвалидизации, а также необходимости выполнять оперативное вмешательство, которое имеет ряд тяжелых осложнений специфического и общего характера.

■ Принципы диагностики

У больных с подозрением на ургентное недержание мочи, помимо сбора анамнеза и физикального обследования, для объективизации жалоб используют дневник мочеиспусканий, исследуют осадок мочи и посев мочи на стерильность, выполняют ультразвуковое сканирование мочевого пузыря с определением остаточной мочи. Результаты дневника мочеиспусканий имеют наиболее важное значение, оценив которые можно во многом констатировать ургентное недержание мочи. В то же время необходимо указать на тот факт, что у гериатрических больных, особенно с когнитивными нарушениями, порой бывает очень трудно получить адекватную информацию из дневника мочеиспусканий. Это является важной особенностью такого контингента больных. Следует помнить, что ургентное недержание мочи является

диагнозом исключения, а результаты первичного этапа обследования нередко позволяют выявить заболевания (острый цистит, острый простатит, камни мочевого пузыря и др.), которые не имеют отношения к этому заболеванию, но могут сопровождаться ургентным недержанием мочи и симптомами ургентного и учащенного мочеиспускания. При этом лечение основного заболевания приводит к устранению симптомов ургентности, тогда как ургентное недержание мочи вследствие снижения накопительной способности мочевого пузыря идиопатической и нейрогенной природы требует особого подхода с учетом возраста пациентов.

■ Методы лечения

Обычно на начальных стадиях заболевания, для того чтобы не промокала одежда, больные с ургентным недержанием мочи используют в течение дня несколько так называемых ежедневных прокладок, часто мочатся и ограничивают прием жидкости. Однако со временем они понимают, что эти мероприятия не помогают и начинают использовать специальные адсорбирующие прокладки, которые хоть и позволяют избежать промокания одежды, но не излечивают от заболевания.

Лечение больных ургентным недержанием мочи направлено, прежде всего, на восстановление утраченного контроля за накопительной способностью мочевого пузыря. При этом основное место в лечении таких больных отводится медикаментозной терапии антихолинергическими препаратами (М-холинблокаторы, холинолитики), которую зачастую сочетают с поведенческой терапией и биологической обратной связью. К сожалению, поведенческая терапия и биологическая обратная связь, которые являются одними из первых методов лечения больных ургентным недержанием мочи, мало применимы у больных пожилого возраста. Известно, что такие пациенты стремятся опорожнить мочевой пузырь при возникновении даже незначительного позыва к акту мочеиспускания, в основном из-за страха развития ургентного недержания мочи. При этом вырабатывается патологический стереотип мочеиспускания. Поведенческая терапия в виде тренировки мочевого пузыря направлена на изменение такого стереотипа. Она заключается в составлении дневника мочеиспусканий с последующей оценкой интервалов между микциями и подсчетом числа эпизодов ургентного недержания мочи. Основываясь на полученных данных, больному предлагают при возникновении позыва сокращать мышцы тазового дна и задерживать мочеиспускание. При этом рекомендуют каждый раз увеличивать промежутки между ними. Для опреде-

ления и сокращения нужных групп мышц тазового дна используют аппараты для биологической обратной связи. Все эти процедуры требуют от больного определенной целеустремленности, способности к запоминанию и осмыслению полученной информации, что нередко неприменимо у пожилых людей из-за нарушенных когнитивных функций. Особенно это имеет место у больных с ургентным недержанием мочи вследствие неврологических заболеваний и повреждений, при которых одновременно имеют место когнитивные нарушения.

Вышеуказанные обстоятельства заставляют расценивать медикаментозное лечение холинолитиками как основной метод лечения ургентного мочеиспускания у лиц пожилого и старческого возраста. Механизм действия антихолинергических препаратов заключается в блокаде постсинаптических (M₂, M₃) мускариновых холинорецепторов детрузора. Это уменьшает или предупреждает действие ацетилхолина на детрузор, снижая его гиперактивность и увеличивая емкость мочевого пузыря. Выбор холинолитика для лечения ургентного недержания мочи у больных пожилого и старческого возраста является очень важным моментом. Как известно, старение обладает широким спектром эффектов на сердечно-сосудистую, легочную и органо-специфическую физиологию, также как и на особенности состава тела, таких как общее содержание воды и масса жировой ткани. Все эти факторы могут влиять на фармакокинетику и фармакодинамику лекарственных средств. В данном контексте, многие эффекты препаратов могут быть усилены, и рекомендуются корректировки доз лекарств препаратов у пожилых пациентов [8, 9].

Наконец для пожилых пациентов крайне актуальны вопросы полипрагмазии, так как они зачастую на постоянной основе используют различные медикаментозные средства по разным показаниям, что создает условия для взаимодействия не только исходных веществ, но и их метаболитов и может привести к развитию побочных эффектов.

Нежелательные побочные эффекты антихолинергических препаратов также хорошо известны и во многом зависят от возрастных изменений, фармакокинетических параметров, базовых показателей когнитивного статуса пациента, проницаемости через гематоэнцефалический барьер, влияния на дегенерацию холинергических нейронов, дозы антихолинергического препарата. Особенно важным побочным эффектом холинолитиков у пожилых больных является их влияние на функцию центральной нервной системы (ЦНС). Спектр антихолинергических побочных эффектов на ЦНС колеблется от сонливости, галлюцинаций до тяжелых когнитивных расстройств

и комы. В этой связи актуальным является выбор холинолитиков, так как они до настоящего момента являются основными медикаментозными средствами для лечения такой категории больных [10]. Данная группа лекарственных средств включает в себя так называемые третичные и четвертичные аммониевые соединения. Молекулы четвертичных аминов, в отличие от третичных, не проникают через гематоэнцефалический барьер и, соответственно, не оказывают воздействия на ЦНС. Это обстоятельство особенно важно у больных с неврологическими заболеваниями и пожилых людей с когнитивными нарушениями, так как в данном случае у специалистов появляется возможность коррекции дозы препарата с целью достижения хорошего клинического результата, вызывая при этом минимальные побочные эффекты [11—13]. На сегодняшний день единственным таким M-холиноблокатором является препарат тропсия хлорид, который был изобретен специально для лечения больных с нейрогенной детрузорной гиперактивностью.

Наш опыт применения тропсия хлорида показывает, что он является эффективным препаратом для купирования и снижения ургентности у пожилых больных. При этом выявлено, что вероятность наступления положительного эффекта напрямую зависит от дозы тропсия хлорида. Результаты нашего исследования показывают, что эффективный диапазон доз тропсия хлорида колеблется от 30 до 60 мг/сут. При этом нами не отмечено прямой зависимости между увеличением дозировки препарата и улучшением симптомов. Это становится очевидным при сравнении результатов лечения между группами пациентов, получавших 30, 45 и 60 мг тропсия хлорида в сутки. Несмотря на то, что в каждой группе имело место статистически достоверное улучшение параметров мочеиспускания, такой закономерности не отмечали при сравнении результатов между группами. Опираясь на полученные данные, мы пришли к заключению, что выбор эффективной дозы тропсия хлорида во многом зависит не только от степени выраженности ургентности, но и от фармакокинетики препарата в условиях физиологических изменений ряда органов и систем пожилого пациента. Анализ побочных эффектов различных доз тропсия хлорида у больных ургентным недержанием мочи пожилого и старческого возраста показывает, что спектр последних не отличается от таковых при его использовании у пациентов других возрастных групп. Наиболее частым побочным эффектом являлась сухость во рту, что характерно для всех холинолитиков.

В тяжелых случаях ургентного недержания мочи, когда антихолинергические препараты неэффективны, используют внутридетрузорные инъекции боту-

линического токсина типа — А (Ботокс «Аллерган»). Механизм действия ботулинического токсина типа А заключается в пресинаптической блокаде выброса ацетилхолина, что приводит к расслаблению детрузора и увеличению объема мочевого пузыря. У больных с идиопатической формой ургентного недержания мочи используют 100 Ед ботулинического токсина типа А, разведенного в 10 мл физиологического раствора (0,9%). Препарат вводят под общей или местной анестезией при помощи специальных игл в мышцу-детрузор во время цистоскопии, избегая зоны мочепузырного треугольника и дна мочевого пузыря. Иглу следует вводить примерно на 2 мм вглубь детрузора, производя 20 инъекций по 0,5 мл (5 ЕД/мл). Результаты международного мультицентрового плацебоконтролируемого клинического исследования демонстрируют статистически значимое уменьшение эпизодов ургентного недержания через 12 недель лечения (на 2,95) и улучшение качества жизни [14]. У больных с ургентным недержанием мочи вследствие неврологических заболеваний (рассеянный склероз и повреждение спинного мозга) рекомендуют использовать 200 Ед ботулинического токсина типа А, разведенного в 30 мл физиологического раствора. Выполняют 30 инъекций по 1 мл (~6,7 ЕД/мл).

Результаты международного мультицентрового плацебоконтролируемого клинического исследования (DIGNITY) показывают, что 76% пациентов отметили статистически значимое уменьшение симптомов недержания мочи. При этом у 37% больных исчезло ургентное недержание мочи после первой инъекции Ботокса. Значительное число больных указали на улучшение качества жизни. Максимальное детрузорное давление уменьшилось в среднем на 32 см водн. ст. через 6 недель лечения [15].

Наш более чем 10-летний опыт применения внутридетрузорных инъекций ботулинического токсина типа А у больных с ургентным недержанием также свидетельствует о хороших клинических результатах и переносимости этого метода лечения [16]. Предварительные данные наших исследований показывают, что частота развития нарушения функции опорожнения мочевого пузыря у больных пожилого и старческого возраста не превышает таковую в общей популяции больных. Тем не менее, принимая во внимание тот факт, что такие пациенты нередко имеют когнитивные нарушения, для уточнения функции опорожнения мочевого пузыря мы проводили тщательный ультразвуковой мониторинг объема остаточной мочи как непосредственно после процедуры, так и в сроки наблюдения до 1 месяца. Полученные предварительные данные показывают, что внутридетрузорные инъекции являются хорошей альтернати-

вой холинолитикам при их недостаточной эффективности или при наличии выраженных побочных эффектов. Важно отметить, что инъекции ботулинического токсина имеют временный эффект, который длится от 6 до 10 месяцев. Доказано, что повторные инъекции имеют эффект, сравнимый с первой процедурой. Учитывая тот факт, что некоторые пациенты могут иметь задержку мочеиспускания после внутридетрузорного введения ботулинического токсина, все больные должны быть обучены методике периодической самокатетеризации мочевого пузыря. Как правило, задержка мочеиспускания исчезает спонтанно в течение нескольких дней после процедуры лечения.

В лечении ургентного недержания мочи также используют электростимуляцию тиббиального и 3-го сакрального нервов. Установлено, что электростимуляция этих нервов приводит к ингибированию парасимпатической активности тазового нерва и увеличению симпатической активности подчревного нерва. В результате увеличивается накопительная способность мочевого пузыря. К сожалению, возможность использования и результаты применения указанных методов электростимуляции у больных пожилого и старческого возраста не изучены, что требует дальнейших исследований.

Оперативное лечение применяют крайне редко и только у больных с нейрогенной формой ургентного недержания мочи. Используют замещение мочевого пузыря участком кишечника (тонкая или толстая кишка) или выполняют миектомию (иссечение детрузора в области верхушки мочевого пузыря). При этом происходит увеличение объема мочевого пузыря с утратой его сократительной способности, что требует выполнения периодической самокатетеризации мочевого пузыря для его опорожнения.

■ Заключение

Таким образом, больные ургентным недержанием мочи пожилого и старческого возраста представляют собой особую и наиболее тяжелую категорию пациентов. Они требуют своевременной диагностики с последующим выбором адекватного метода лечения. На протяжении многих лет мы указываем на тот факт, что медицина не располагает методами лечения, которые позволяют гарантированно вылечить больного от ургентного недержания мочи. При прекращении лечения чаще всего имеет место рецидив симптомов. Это указывает на симптоматический характер всех видов лечения ургентного недержания мочи. Однако правильно выбранный подход к лечению этой категории больных позволяет значимо и эффективно улучшить качество их жизни, а нередко

полностью избавиться от ургентного недержания мочи. Мы считаем, что при любом методе лечения больных ургентным недержанием мочи необходимо соблюдать принцип непрерывности лечения.

ИСТОЧНИКИ

1. Abrams P, Cardozo L, Fall M et al. The Standardization of terminology of lower urinary tract function: report from the Standardisation Sub-Committee of the International Continence Society. *NeuroUrol Urolyn*, 2002, 21: 167–178.
2. Milsom I, Abrams P, Cardozo L et al. How widespread are the symptoms of an overactive bladder and how are they managed? A population-based prevalence study. *Br. J. Urol. Int.*, 2001, 87: 760–766.
3. Stewart WF, Van Rooyen JB, Cundiff GW et al. Prevalence and burden of overactive bladder in the United States. *World J Urol*, 2003, 20: 327–336.
4. Мазо Е.Б., Кривобородов Г.Г. Гиперактивный мочевого пузыря. Москва, Вече, 2003, 160 с.
5. Coyne KS, Sexton CC, Vats V et al. National community prevalence of overactive bladder in the United States stratified by sex and age. *Urology*, 2011, 77(5): 1081–1087.
6. American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Panel on Prevention of Falls in Older Persons. Summary of the Updated American Geriatrics Society/British Geriatrics Society Clinical Practice Guideline for Prevention of Falls in Older Persons. *J. Am. Geriatr. Soc.*, 2011, 59(1): 148–157.
7. Kinsey D, Pretorius S, Glover L, Alexander T. The psychological impact of overactive bladder: A systematic review. *J Health Psychol.*, 2016 Jan, 21(1): 69–81.
8. Madhuvrata P et al. Anticholinergic drugs for adult neurogenic detrusor overactivity: a systematic review and meta-analysis. *Eur Urol*, 2012, 62(5): 816–30.
9. Menarini M et al. Trospium chloride in patients with neurogenic detrusor overactivity: is dose titration of benefit to the patients? *Int J Clin Pharmacol Ther*, 2006, 44(12): 623–32.
10. Chancellor M, Boone T. Anticholinergics for overactive bladder therapy: central nervous system effects. *CNS Neurosci Ther.*, 2012 Feb, 18(2): 167–74.
11. Doroshenko O, Jetter A, Odenthal KP, Fuhr U. Clinical pharmacokinetics of trospium chloride. *Clin Pharmacokinet*, 2005, 44(7): 701–20. Review.
12. Biastre K, Burnakis T. Trospium chloride treatment of overactive bladder. *Ann Pharmacother*, 2009 Feb, 43(2): 283–95.
13. Isik AT et al. Trospium and cognition in patients with late onset Alzheimer disease. *J Nutr Health Aging*, 2009, 13(8): 672–6.
14. Nitti VW, Dmochowski R, Herschorn S et al. OnabotulinumtoxinA for the treatment of patients with overactive bladder and urinary incontinence: results of a phase 3, randomized, placebo controlled trial. *J Urol*, 2013 Jun, 189(6): 2186–93.
15. Ginsberg D, Gousse A, Keppenne V et al. Phase 3 efficacy and tolerability study of onabotulinumtoxin A for urinary incontinence from neurogenic detrusor overactivity. *J Urol*, 2012 Jun, 187(6): 2131–9.
16. Кривобородов Г.Г., Васильев А.В., Шумило Д.В., Иванов А.В., Тур Е.И. Внутридетрузорные инъекции ботулинотоксина типа А у больных с гиперактивным мочевым пузырем. *Урология*, 2010, 3: 36–40.

НОВОСТИ

ПРЕМЬЕР-МИНИСТР ДМИТРИЙ МЕДВЕДЕВ ВСТРЕТИЛСЯ С ПРЕДСТАВИТЕЛЯМИ МЕДИЦИНСКОЙ НАУКИ

В конце июля 2016 г. премьер-министр Дмитрий Медведев встретился с представителями медицинской науки. На встрече были обсуждены вопросы инновационного развития медицины.

Во вступительном слове Дмитрий Медведев сообщил о необходимости сократить временной разрыв между появлением фармакологических технологий и массовым производством препаратов, поскольку инновационные разработки непосредственно влияют на развитие импортозамещения. По его мнению, необходимо сократить дистанцию между передовыми решениями в сфере медицинских технологий и фармакологической промышленностью. Отдельно была затронута тема законодательного регулирования биотехнологий. Премьер-министр напомнил присутствующим о принятой Стратегии развития медицинской науки до 2025 г. Цель документа — развитие медицинской науки, ориентированной на создание высокотехнологичных продуктов, обеспечивающих сохранение и укрепление здоровья населения, внедрение современного оборудования в практическое здравоохранение, а также обеспечение отрасли кадрами. Для реализации Стратегии планируется разработать и утвердить программу мероприятий по развитию медицинской науки в Российской Федерации, на основании которой будут приняты ведомственные планы.

РАЗРАБАТЫВАЮТСЯ ПРАВИЛА ФОРМИРОВАНИЯ ПЕРЕЧНЯ ФГУ, ОКАЗЫВАЮЩИХ ВЫСОКОТЕХНОЛОГИЧНУЮ МЕДИЦИНСКУЮ ПОМОЩЬ

Минздравом России разработан законопроект «Об утверждении Правил формирования перечня федеральных государственных учреждений, оказывающих высокотехнологичную медицинскую помощь, не включенную в базовую программу обязательного медицинского страхования, гражданам Российской Федерации за счет бюджетных ассигнований, предусмотренных в бюджете Федерального фонда обязательного медицинского страхования». Предусмотрено, что на 2017 г. Перечень будет формироваться с учетом медицинских организаций, отобранных в 2016 г. в соответствии с Постановлением Правительства РФ от 10 сентября 2012 г. №904. Законопроект устанавливает перечень и сроки подачи документов, которые должны быть представлены учреждением в Минздрав России для рассмотрения Экспертным советом, а также основания для вынесения Экспертным советом заключения о соответствии федерального государственного учреждения критериям отбора с рекомендацией о его включении в перечень. Документ размещен по ссылке: <http://regulation.gov.ru/p/51389>.

www.rosminzdrav.ru

Паллиативная медицинская помощь в гериатрии — неотъемлемая часть стратегии развития паллиативной медицины в России

Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Зеленова О.В., Подкопаев Д.В. Паллиативная медицинская помощь в гериатрии — неотъемлемая часть стратегии развития паллиативной медицины в России

Проблема качества жизни населения пожилого и старческого возраста носит междисциплинарный характер и требует организации целого комплекса мероприятий медико-социальной направленности. Особое внимание должно уделяться разработке новых моделей паллиативной медицинской помощи для предоставления комплекса медико-социальных услуг пациентам пожилого и старческого возраста на условиях равной доступности независимо от места проживания и экономической ситуации в регионе. К настоящему времени создана минимальная необходимая нормативная правовая база для организации и развития системы паллиативной медицинской помощи в России. Огромное значение в развитии системы паллиативной медицинской помощи имеют подготовка кадров и совершенствование существующих и разработка новых эффективных и безопасных методов улучшения качества жизни гериатрических пациентов. Для содействия в разработке и реализации национальной концепции развития паллиативной медицинской помощи в России необходимо участие общественных профессиональных организаций.

Novikov G.A., Rudoy S.V., Weissman M.A., Zelenova O.V., Podkopaev D.V. Palliative geriatric medical care is an integral part of the palliative medicine development strategy in Russia

In order to address the interdisciplinary problem of the elderly population life quality, a set of medical and social initiatives should be brought in place. Particular attention should be paid to the development of new models of palliative care to provide comprehensive health-care and social services to elderly and senile patients in the conditions of equal access, regardless of place of living and the regional economic situation. Today, the minimum requirement legal framework for the organization and development of the palliative care system in Russia has been created. Staff training, improvement of the existing and development of new effective and safe methods to improve the quality of life of geriatric patients are essential for the development of the palliative care system. Participation of professional organizations is required to promote design and implementation of the national development concept for palliative care in Russia.

Ключевые слова: паллиативная медицинская помощь, гериатрия, качество жизни
Keywords: palliative medical care, geriatrics, quality of life

Одной из актуальных медико-демографических проблем современного общества является неуклонное увеличение численности людей старших возрастных групп в общей структуре населения большинства развитых стран мира, в том числе и России [1—4]. В этих условиях возрастают объем и сложность проблем, которые необходимо решать для

обеспечения потребности пожилых людей в качественной медицинской помощи и социальной поддержке. Это обусловлено тем, что процесс старения оказывает негативное влияние на состояние здоровья человека, вызывая увеличение числа хронических заболеваний, которые носят множественный характер. Во всем мире растет число пожилых людей, страдающих деменцией. Изменения физического, психологического статуса и/или социальных условий приводят к потере способности самостоятельно обеспечить условия для своего проживания в собственном доме, что требует определения пожилых и стариков в учреждения долговременного ухода, где рано или поздно потребуются оказание паллиативной медицинской помощи силами сотрудников этих учреждений или других медицинских организаций [3, 5—7].

Поддержание качества жизни пациентов пожилого и старческого возраста является междисциплинарной проблемой и требует организации целого комплекса медико-социальных мероприятий. При оказании паллиативной медицинской помощи неизлечимым гериатрическим пациентам, включающей избавление от боли и других проявлений болезни; проведение мероприятий по купированию физичес-

Г.А. НОВИКОВ, д.м.н., профессор, заведующий кафедрой паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова; председатель Правления Общероссийской общественной организации «Российская Ассоциация паллиативной медицины»;

С.В. РУДОЙ, к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, rudoy@palliated.ru;
М.А. ВАЙСМАН, к.м.н., доцент кафедры паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова;

О.В. ЗЕЛЕНОВА, д.м.н., заведующий отделением экономической оценки качества медицинской помощи ЦНИИ организации и информатизации здравоохранения Министерства здравоохранения РФ;

Д.В. ПОДКОПАЕВ, к.м.н., ассистент кафедры паллиативной медицины Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова, исполнительный директор Общероссийской общественной организации «Российская Ассоциация паллиативной медицины»

ких симптомов и решению психологических, социальных и духовных проблем, должны учитываться принципы и практика гериатрической медицины, предусматривающие всестороннюю гериатрическую оценку и обеспечение благоприятной окружающей обстановки [8—10]. Следует учитывать, что у этих пациентов характеристики различных симптомов и проявлений болезни обладают своей спецификой, существенные особенности имеет фармакотерапия, а полиморбидность оказывает влияние на организм в целом. В этой связи особую остроту приобретает необходимость использования индивидуального подхода при оказании междисциплинарной паллиативной медицинской помощи пожилым пациентам и членам их семей [11—12].

В России и других развитых странах растет понимание происходящих изменений и необходимости в ближайшие годы провести большую работу для удовлетворения быстро растущих потребностей в медико-социальной помощи пожилым людям с учетом проблемы долговременного ухода за пациентами. В этой связи особое внимание должно уделяться разработке новых моделей паллиативной медицинской помощи для предоставления комплекса медико-социальных услуг и обеспечению их высокого качества на всех этапах оказания паллиативной медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста. В современной ситуации, с учетом перспективного развития системы паллиативной медицинской помощи в России, такие возможности стали реальностью [7, 13].

В Российской Федерации, как и в большинстве стран мира, паллиативная медицина начала становление в середине 80-х годов XX в., существуя «де факто» на базе ведущих онкологических научных центров страны. С начала 90-х годов XX в. паллиативная помощь онкологическим больным в России оказывалась амбулаторно в кабинетах противоболевой терапии, стационарно — в хосписах и отделениях паллиативной помощи согласно приказу Минздрава РСФСР от 31.07.1991 №128 «Об организации Республиканского научно-учебно-методического центра лечения хронических болевых синдромов у онкологических больных», приказу Минздрава РСФСР от 01.02.1991 №19 «Об организации домов сестринского ухода, хосписов и отделений сестринского ухода многопрофильных и специализированных больниц», приказу Минздрава России от 12.09.1997 №270 «О мерах по улучшению организации онкологической помощи населению Российской Федерации». Императивным импульсом к дальнейшему развитию стало введение Федеральным законом от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» нового вида медицинской помощи — «паллиативная медицинская помощь», представляющего собой комплекс

медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчение других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимо больных граждан. Паллиативная медицинская помощь может осуществляться медицинскими организациями при наличии медицинских работников, прошедших обучение по оказанию этого вида медицинской помощи. Финансовое обеспечение паллиативной медицинской помощи за счет финансовых средств бюджетов субъектов Российской Федерации предусмотрено программой государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи [13].

Приказами Минздрава России в соответствующие номенклатуры введены должность «врач по паллиативной медицинской помощи» и понятие «центр паллиативной медицинской помощи», утверждены порядки оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению и детям (приказ Минздрава России от 14.04.2015 №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению» и приказ Минздрава России от 14.04.2015 №193н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи детям»).

Одним из важных нерешенных организационно-методологических вопросов, влияющих на перспективное развитие системы паллиативной медицинской помощи в России, остается отсутствие в порядках оказания медицинской помощи по профилям заболеваний положений об оказании паллиативной медицинской помощи пациентам, в т. ч. с применением наркотических анальгетиков, как это указано в приказе Минздрава России от 15.11.2012 №915н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «онкология» и приказе Минздрава России от 29.01.2016 №38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению по профилю «гериатрия». Внесение соответствующих дополнений в порядки оказания медицинской помощи по профилям заболеваний, согласованных с профильными главными внештатными специалистами Минздрава России, позволит в кратчайшие сроки завершить создание системы паллиативной медицинской помощи во всех субъектах Российской Федерации. Вместе с тем созданная минимальная нормативная правовая база для организации и развития системы паллиативной медицинской помощи в России требует дальнейшего совершенствования.

Организация службы паллиативной медицинской помощи населению является прерогативой субъекта Российской Федерации и происходит в соответствии с территориальной программой развития здравоохранения (подпрограмма №6). В 2013 г. Минздравом Рос-

сии впервые в статистические отчетные формы введены показатели по оказанию паллиативной медицинской помощи (форма №62 — фактические объемы и финансирование медицинской помощи, финансирование лекарственного обеспечения), что дает возможность получения и анализа достоверных статистических данных по оказанию этого вида медицинской помощи пациентам различного профиля заболеваний. В перспективе крайне важно планировать проведение эпидемиологических исследований в субъектах Российской Федерации для определения потребности в паллиативной медицинской помощи с разработкой критериев учета контингента неизлечимых больных, а также разработкой показателей эффективности оказания паллиативной медицинской помощи пациентам.

До сих пор у ряда представителей медицинского сообщества паллиативная медицинская помощь ассоциируется только с онкологическими больными и хосписами. Анализ международного опыта и статистических данных позволяет развеять это распространенное заблуждение. Согласно данным Росстата, в России ежегодно от заболеваний умирают 1 686 456 человек, из них от новообразований — 291 775 и от неонкологических заболеваний — 1 394 681 человек [14]. В связи с отсутствием отечественного регистра неизлечимых больных и основываясь на статистических расчетах авторитетных зарубежных исследований, потребность в паллиативной медицинской помощи варьируется от 37,4 до 89% всех умирающих больных, из которых 1/3 — онкологических и 2/3 — неонкологических. В связи с этим можно предположить, что в России их численность составляет примерно 260 000 и 520 000 больных соответственно, и есть основания полагать, что реальные цифры значительно больше: около 1 млн. При этом в настоящее время паллиативная медицинская помощь оказывается преимущественно онкологическим пациентам, а неонкологические больные могут ее получить только в ряде регионов Российской Федерации, имеющих центры и больницы паллиативной медицинской помощи, таких как Москва, Иркутск, Липецк, Астрахань, Сыктывкар и др. Учитывая, что онкологические больные составляют только 1/3 часть, очевидна необходимость равной доступности паллиативной медицинской помощи как онкологическим, так и неонкологическим больным. Анализ международного опыта показывает, что в большинстве развитых европейских стран паллиативная помощь оказывается не только в хосписах, значительная часть неизлечимых пациентов получает паллиативную помощь в специализированных стационарных отделениях многопрофильных больниц, при этом огромный вклад вносят патронаж этих пациентов и домашний уход, и эти виды могут комбинироваться [15].

На пути организации системы паллиативной медицинской помощи в России существуют риски, одним из основных является диспропорция в доступности комплекса медицинских вмешательств в полном объеме для онкологических и неонкологических пациентов в пользу преимущественно медико-социальной помощи. В этой связи следует понимать роль различных структурных подразделений: прерогатива отделения паллиативной медицинской помощи и больницы (центра) паллиативной медицинской помощи — оказание комплекса медицинских вмешательств в полном объеме для онкологических и неонкологических пациентов, в то время как в хосписе и отделении/доме сестринского ухода превалирует медико-социальная помощь. Причем в хосписе, как правило, паллиативную медицинскую помощь получают преимущественно онкологические больные [16].

В Российской Федерации в связи с различием субъектов по географическим, демографическим и экономическим показателям не представляется возможным организовать систему паллиативной медицинской помощи по единой модели. Необходимо индивидуализировать подход к организации региональной модели паллиативной медицинской помощи в субъектах российской Федерации с учетом ее равнозначной доступности для населения. Анализ сложившейся ситуации позволил предложить два типа региональных моделей, разработанных экспертами Российской Ассоциации паллиативной медицины с учетом географических, эпидемиологических и экономических особенностей территории, для 58 субъектов Российской Федерации с народонаселением до 2 млн человек и 27 субъектов с народонаселением более 2 млн человек. В региональной модели системы паллиативной медицинской помощи для субъектов Российской Федерации с населением до 2 млн человек на одно из структурных подразделений системы паллиативной медицинской помощи возлагаются функциональные обязанности организационно-методического центра с функцией анализа состояния паллиативной медицинской помощи населению, эффективности и качества лечебных мероприятий и диспансерного наблюдения больных на территории субъекта Российской Федерации. Организационно-методический центр паллиативной медицинской помощи должен находиться в функциональном взаимодействии с органами управления здравоохранением субъекта. В региональной модели оказания паллиативной медицинской помощи в субъекте с населением более 2 млн человек организационно-методические функции возлагаются на больницу (центр) паллиативной медицинской помощи как основу всей системы оказания паллиативной медицинской помощи в регионе. Больница (центр) паллиативной медицин-

ской помощи обладает всеми необходимыми возможностями для оказания амбулаторной, стационарной, выездной патронажной и консультативной помощи и находится в функциональном взаимодействии со структурными подразделениями, оказывающими паллиативную медицинскую помощь в стационарных и амбулаторных условиях в данном субъекте. Такой подход к организации службы позволит эффективно использовать имеющиеся в субъектах Российской Федерации ресурсы медицинских организаций для оказания комплекса медицинских вмешательств онкологическим и неонкологическим больным для контроля боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания [17].

По мнению экспертов, основанному на имеющемся опыте работы больниц (центров) паллиативной медицинской помощи в ряде субъектов Российской Федерации (Москва, Симферополь, Липецк, Иркутск, Калининград, Астрахань и др.), создание таких структур является необходимым условием перспективного развития системы паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, и в первую очередь для пациентов с неонкологическими заболеваниями.

Очевидно, что внедрение предлагаемых региональных моделей системы паллиативной медицинской помощи позволит в каждом субъекте Российской Федерации оказывать эффективную паллиативную медицинскую помощь на условиях равной доступности, независимо от места проживания и экономической ситуации в регионе.

Какой бы стройной ни была модель организации паллиативной медицинской помощи, без интеллектуального сопровождения создать эффективную систему невозможно. Огромное значение в развитии системы паллиативной медицинской помощи имеет подготовка кадров, в первую очередь повышение квалификации всех медицинских работников в вопросах, относящихся к паллиативной медицине. Первый в России курс паллиативной помощи был открыт в феврале 1999 г. при кафедре онкологии Московской медицинской академии им. И.М. Сеченова. За 12 лет работы было обучено 1433 специалиста, занятых оказанием паллиативной медицинской помощи в субъектах Российской Федерации, преимущественно онкологическим больным. Коллективом курса паллиативной помощи была разработана «Программа послевузовской профессиональной подготовки специалистов с высшим медицинским образованием по паллиативной помощи в онкологии» (утверждена Минздравом России и Учебно-методическим объединением медицинских и фармацевтических вузов; опубликована в 2000 г.), а также выпущены методические рекомендации, монографии и курс лекций по паллиативной помощи.

После вступления в силу Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и последовавшего за этим развития нормативной базы в части оказания паллиативной медицинской помощи, представленной выше, стала очевидной острая потребность в подготовке квалифицированных педагогических и медицинских кадров для развития системы паллиативной медицинской помощи.

Первая в России кафедра паллиативной медицины была создана в феврале 2013 г. на факультете дополнительного профессионального образования Московского медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова (приказ ректора проф. О.О. Янушевича). Учитывая необходимость подготовки квалифицированных кадров для медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь в субъектах Российской Федерации, очевидна необходимость создания курсов и кафедр во всех медицинских вузах страны. В целях реализации этого направления МГМСУ им. А.И. Евдокимова в рамках межвузовского сотрудничества оказывает методическое содействие в разработке образовательных программ по паллиативной медицине ряду ведущих медицинских вузов России. При непосредственном участии кафедры паллиативной медицины ФДПО разработаны рабочие учебные программы по паллиативной медицинской помощи для дополнительного профессионального образования в медицинских вузах Москвы, Санкт-Петербурга, Рязани, Смоленска, Ставрополя, Казани; Перми, Хабаровска, Ульяновска и др.

В соответствии с Федеральным законом от 29.12.2012 №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», образовательная организация самостоятельно определяет набор дисциплин базовой части в объеме Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования. В этой связи целесообразно предусмотреть включение в стандарт специалитета по лечебному делу модуля «Паллиативная медицинская помощь». Требуется в короткие сроки разработать программы дополнительного профессионального образования для преподавателей, врачей и среднего медицинского персонала, чтобы обеспечить подготовку квалифицированных кадров для медицинских организаций, оказывающих паллиативную медицинскую помощь. В перспективе, с учетом развития службы паллиативной медицинской помощи и быстрого роста контингента медицинских работников, занятых оказанием паллиативной медицинской помощи, целесообразно рассмотреть вопрос о введении в номенклатуру специальностей новой единицы: «паллиативная медицина» и проводить профессиональную переподготовку медицинских работников для обеспечения квалифицированными кадрами под-

разделений всех уровней службы паллиативной медицинской помощи в России [17, 18].

Представляется также целесообразным рассмотреть вопрос о создании научной специальности «Паллиативная медицина», задачами которой являлись бы теоретическое обоснование и практическая разработка комплекса медицинских вмешательств, направленных на избавление от боли и облегчения других тяжелых проявлений заболевания, в целях улучшения качества жизни неизлечимых больных. Перспективными направлениями научных исследований, направленных на дальнейшее повышение качества и эффективности паллиативной медицинской помощи, являются:

- разработка и совершенствование эпидемиологических исследований в области паллиативной медицины с целью повышения качества медицинской помощи населению и улучшения качества жизни пациентов;
- разработка и усовершенствование методов паллиативной медицинской помощи в специализированных разделах медицины;
- внедрение в клиническую практику достижений фармакологии в области терапии хронической боли и других тяжелых проявлений заболевания;
- изучение патологических синдромов у неизлечимых больных и внедрение в клиническую практику новых диагностических и лечебных методов, включающих применение миниинвазивных, инструментальных, фармакологических вмешательств, целью которых является улучшение качества жизни пациентов;
- изучение механизмов действия, эффективности и безопасности лекарственных препаратов и немедикаментозных способов воздействия, применяемых при оказании паллиативной медицинской помощи неизлечимым пациентам.

Учитывая актуальность проблемы, 16 июня 2016 г. Общественной палатой Российской Федерации (далее — Общественная палата) по инициативе Комиссии Общественной палаты по охране здоровья, физической культуре и популяризации здорового образа жизни, при участии Общероссийской общественной организации «Общество врачей России» и Общероссийской общественной организации «Российская ассоциация паллиативной медицины» были проведены общественные слушания на тему: «Паллиативная медицинская помощь в Российской Федерации: состояние и перспективы развития».

По итогам мероприятия Общественная палата рекомендовала:

- Государственной Думе Федерального Собрания Российской Федерации: рассмотреть возможность внесения в п.2 ст. 36 Федерального закона от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» изменений, предусматривающих

возможность оказания паллиативной медицинской помощи в дневном стационаре.

- Правительству Российской Федерации: рассмотреть возможность создания межведомственной правительственной комиссии, основной целью работы которой будет разработка и принятие государственной национальной программы по паллиативной медицинской помощи для стимулирования исследований и разработок в области улучшения качества жизни пациентов; дальнейшего развития комплексной, полной и сбалансированной системы оказания паллиативной медицинской помощи и социальной поддержки неизлечимым пациентам в России.

- Федеральной службе по надзору в сфере здравоохранения: рассмотреть возможность приведения нормативных правовых актов субъектов Российской Федерации, регламентирующих порядок оказания паллиативной медицинской помощи населению, в соответствие приказам Минздрава России.

- Министерству здравоохранения Российской Федерации рассмотреть возможность:

- 1) Внесения в порядки оказания медицинской помощи по профилям заболеваний положения об оказании паллиативной медицинской помощи пациентам, в т. ч. с применением наркотических анальгетиков.
 - 2) Внесения изменений и дополнений в приказ Минздрава России от 14.04.2015 №187н «Об утверждении Порядка оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению», согласованных экспертами и представленными Российской Ассоциацией паллиативной медицины.
 - 3) Разработки и внедрения региональной модели оказания паллиативной медицинской помощи с учетом географических, эпидемиологических и экономических особенностей субъектов Российской Федерации.
 - 4) Внедрения в систему медицинского образования программы обучения по паллиативной медицинской помощи для подготовки преподавателей и медицинских работников.
 - 5) Введения должности главного внештатного специалиста Минздрава России по паллиативной медицинской помощи детям.
 - 6) Привлечения к разработке и внедрению национальных клинических рекомендаций по паллиативной медицинской помощи главных внештатных специалистов Минздрава России.
 - 7) Организации в составе Московского государственного медико-стоматологического университета им. А.И. Евдокимова Федерального научно-практического центра паллиативной медицины.
- Высшей аттестационной комиссии при Министерстве образования и науки Российской Федерации рассмотреть возможность создания научной специальности «Паллиативная медицина».

■ Московскому государственному медико-стоматологическому университету им. А.И. Евдокимова рассмотреть возможность разработки методических рекомендаций по внедрению новых медицинских технологий и алгоритмов контроля боли и других тяжелых проявлений заболевания в клиническую практику паллиативной медицинской помощи.

■ Российской Ассоциации паллиативной медицины рассмотреть возможность организации разработки и содействия внедрению национальных клинических рекомендаций по паллиативной медицинской помощи с привлечением ведущих экспертов и специалистов по паллиативной медицине из субъектов Российской Федерации.

Предложенные организационно-методологические подходы к созданию и совершенствованию системы паллиативной медицинской помощи населению позволят в короткие сроки обеспечить этим видом медицинской помощи нуждающихся пациентов, в том числе гериатрического профиля, сделать ее равнодоступной в каждом субъекте РФ. Это позволит эффективно решить целый ряд медицинских и социальных проблем пациентов пожилого и старческого возраста, повысить качество жизни пациентов и их родственников, снизить социальную напряженность в обществе.

ИСТОЧНИКИ

1. Апарин И.С., Эккерт Н.В. О проблемах медико-социальной помощи пожилым. Проблемы управления здравоохранением, 2006, 1(26): 81–83.
2. Атласова И.В., Горбунов В.И. Аспекты совершенствования медико-социальной помощи инкурабельным больным и членам их семей на дому — неотъемлемая часть повышения качества жизни. Проблемы управления здравоохранением, 2010, 1: 75–79.
3. Белоконов О.В. Современные проблемы качества жизни пожилых в России (результаты проведенных опросов). Успехи геронтологии, 2005, Вып. 17: 87–101.
4. Гавриленко Т.В., Еськов В.М., Хадарцев А.А., Химикина О.И., Соколова А.А. Новые методы для геронтологии в прогнозах долгожительства коренного населения Югры. Успехи геронтологии, 2014, 27(1): 30–36.
5. Анисимов В.Н. Старение и ассоциированные с возрастом болезни. Клиническая геронтология, 2005, 1: 42–49.
6. Голубева Е.Ю. и др. Взаимодействие и ответственность семьи и государства по уходу за пожилым человеком в России и Финляндии: кросскультурный контекст. Клиническая геронтология, 2008, 5: 3–10.
7. Froggatt K, Reitingер E. Паллиативная помощь в учреждениях долговременного ухода за пожилыми людьми. Рабочая группа ЕАПП, 2010–2012. Отчет, 2013 г.
8. Пономарева И.П., Варавина Л.Ю., Титенко Т.И. Характер проблем гериатрических пациентов с соматическими неонкологическими заболеваниями в контексте паллиативной помощи. Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация (Геронтология и гериатрия), 2012, Вып. 20/2: 60–64.
9. Пономарева И.П., Султанова С.С., Прощаев К.И. Биопсихосоциальная модель активирующего ухода за пациентами пожилого и старческого возраста на дому. Современные проблемы науки и образования, 2013, 5. URL: www.science-education.ru/111-10747 (дата обращения: 11.12.2014).
10. Султанова С.С., Пономарева И.П., Ильницкий А.Н. Биологические и психосоциальные детерминанты обеспечения качества жизни при уходе на дому за людьми пожилого и старческого возраста. Современные проблемы науки и образования, 2013, 6. URL: www.science-education.ru/113-10760 (дата обращения: 11.12.2014).
11. Егоров В.В. Гериатрические проблемы в паллиативной медицине. Клиническая геронтология, 2008, 5, 34–37.
12. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Жернакова Н.И. Основные гериатрические синдромы: (учебное пособие); Авт. некоммерч. орг. науч.— исследоват. медиц. Центр «Геронтология». Белгород, 2012. 19 с.
13. Новиков, Г.А., Рудой С.В., Самойленко В.В., Вайсман М.А. Интеграция паллиативной медицинской помощи в здравоохранение Российской Федерации. Паллиативная помощь и реабилитация, 2013, 3: 4–7.
14. Смертность населения по причинам смерти в 2015 г. Росстат — http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/publications/catalog/afc8ea004d56a39ab251f2bafc3a6fce (дата обращения: 25.05.2016).
15. Global Atlas of Palliative Care at the End of Life, Worldwide Palliative Care Alliance, 2014.
16. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Тарасов Б.А., Подкопаев Д.В. Стратегия развития паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. Некоторые итоги и перспективы. Паллиативная медицина и реабилитация, 2015, 3: 5–12.
17. Новиков Г.А., Рудой С.В., Вайсман М.А., Тарасов Б.А., Подкопаев Д.В. Организационно-методологические подходы к совершенствованию оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению в Российской Федерации. Паллиативная медицина и реабилитация, 2015, 4: 5–11.
18. Новиков Г.А., Шарафутдинов М.Г., Рудой С.В., Горбунов В.И., Родионов В.В. Перспективы развития и интеграция образовательных программ по паллиативной медицинской помощи в Российской Федерации. М.: Фонд «Паллиативная медицина и реабилитация больных». Паллиативная медицина и реабилитация, 2014, 2: 5–8.

Н.О. ЗАХАРОВА

Опыт преподавания геронтологии и гериатрии на кафедре гериатрии в Самарском государственном медицинском университете

Захарова Н.О. Опыт преподавания геронтологии и гериатрии на кафедре гериатрии в Самарском государственном медицинском университете

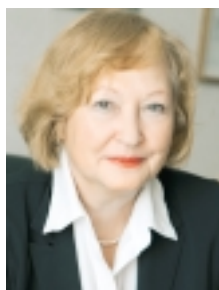
Подготовка врачей по гериатрии традиционно осуществляется на этапе последипломного образования врачей. В статье изложены результаты деятельности кафедры гериатрии на додипломном этапе образования студентов. Показана необходимость в получении знаний будущих врачей по геронтологии и гериатрии. Представлены основные направления программы преподавания на кафедре. Показана необходимость в совершенствовании гериатрической службы.

Zakharova N.O. Experience of teaching gerontology and geriatrics at the department of geriatrics at the Samara State Medical University

Doctors are traditionally trained in geriatrics during their postgraduate studies. The article tells about the results of geriatric studies at the pregraduate stage. The relevance of gerontological and geriatric knowledge for future doctors is substantiated. The key elements of the department's teaching program are described. The necessity to improve geriatric service is rationalized.

Ключевые слова: геронтология и гериатрия, подготовка кадров, кафедра, образование, гериатрическая служба

Keywords: gerontology and geriatrics, staff training, department, education, geriatric service



Н.О. Захарова

■ Открытие академической кафедры гериатрии в университете

Увеличение численности лиц старших возрастов в нашей стране, специфика и рост объема медицинской помощи этому контингенту обуславливают необходимость специальной подготовки медицинских работников по геронтологии и гериатрии. Геронтология — одна из наиболее сложных естественных наук, изучающая процессы старения, его биологические, медицинские (гериатрические), социальные, психологические и гигиенические аспекты. Подготовка специалистов по геронтологии и гериатрии является одной из приоритетных целей Международной ассоциации геронтологов и гериатров. Важной задачей в данном на-

правлении является стандартизация системы подготовки кадров, в особенности это касается гериатрии.

Последипломная подготовка кадров по геронтологии и гериатрии в Российской Федерации проводится во многих высших учебных учреждениях медицинского профиля. Многие годы считалось, что додипломное обучение фундаментальной, социальной и медицинской геронтологии и геронотехнологиям следует проводить в течение всего курса обучения студентов лечебных медицинских вузов практически на всех кафедрах с помощью унифицированной сквозной программы преподавания. Но постепенно начало приходить осознание того, что обучение предмету на разных кафедрах «понемножку» ни в коей мере не оправдывает себя и что для формирования современного клинициста-гериатра должна быть создана отдельная кафедра.

Так, в 1997 г. в Самарском государственном медицинском университете по приказу ректора академика А.Ф. Краснова была открыта первая в стране кафедра гериатрии, которая занимается подготовкой будущих геронтологов и гериатров.

Открытие новой академической кафедры — процесс непростой. Существующие программы образова-

Н.О. ЗАХАРОВА, д.м.н., профессор кафедры гериатрии и возрастной эндокринологии ФГБОУ ВО «Самарский государственный медицинский университет» Минздрава России, главный внештатный гериатр Министерства здравоохранения Самарской области, geriatry@mail.ru

ния утверждены министерством, и менять их сложно. Но самый главный вопрос: где взять часы, необходимые для преподавания новых предметов? После долгих согласований и обсуждений необходимые часы были выделены из предмета госпитальной терапии, что было логично, поскольку до создания кафедры студенты изучали гериатрию именно на кафедре госпитальной терапии, руководимой заслуженным деятелем наук, профессором В.А. Германовым, который большое внимание уделял изучению синдромологии в пожилом возрасте, указывал на патоморфоз синдромологии и синдромологии, специфику болезней в пожилом возрасте, особенность их лечения и профилактики. Он убеждал сотрудников кафедры, что основы знаний по гериатрии и геронтологии необходимы каждому выпускнику. Таким образом, была соблюдена своего рода преемственность, и создание новой кафедры прошло относительно безболезненно.

■ История развития геронтологии и гериатрии

Проблема старения, старости привлекала к себе исследователей с древних времен не меньше, чем проблема самой жизни. Первые работы по геронтологии находим у великих врачей древности: Гиппократ (460—377 гг. до н.э.), Аристотеля (384—322 гг. до н.э.) в сочинении «О молодости и старости», Галена (129—199 гг. н.э.), Ибн-Сины (Авиценны, 980—1037 гг.), Ф. Бэкона (1214—1294 гг.) и др. Важным поворотным событием в развитии геронтологии стало опубликование первой монографии по гериатрии в 1489 г. «Геронтокомаия», написанной ученым эпохи Возрождения, итальянским анатомом Г. Зерби (1445—1505), сделавшим науку о старости особым предметом. В последующие столетия наука о старении стремительно развивается во многих странах.

История отечественной науки геронтологии также богата именами выдающихся ученых. Известные умы российской фундаментальной науки, такие как М.В. Ломоносов, И.И. Мечников, Д.И. Менделеев, обращались к проблеме старения, изучая различные ее аспекты — демографические, медицинские, социальные.

Труды И.И. Мечникова «Этюды о природе человека» (1903), «Этюды оптимизма» (1907), посвященные поиску причин старения и «биологическим дисгармониям», и сегодня читаются с большим интересом. Кроме И.И. Мечникова, к проблеме старения и долголетия обращались российские ученые А.Н. Северцов (1866—1936), И.П. Павлов (1849—1936), А.А. Богомолец (1881—1946), А.В. Нагорный (1887—1953).

Сергей Петрович Боткин — один из самых ярких отечественных терапевтов, врач-новатор, врач-уче-

ный, врач-общественник, врач-патриот, врач-педагог, передавший эти качества своим ученикам, особое внимание посвятил изучению физиологии и патологии старости, причинам одряхления человека с возрастом, особенностям питания и профилактики болезней человека в преклонные годы.

Развитие геронтологической науки в СССР связано также с именем Д.Ф. Чеботарева (1908—2005), директора Института геронтологии АМН СССР в Киеве (1958). Под его руководством гармонично развивались три основных раздела геронтологии: биология старения, клиническая физиология и патология старения, социальная гигиена. Заслуги Д.Ф. Чеботарева получили широкое международное признание. Развитие геронтологии также связано с именами замечательных ученых В.В. Фролькиса, И.В. Давыдовского, В.Г. Вогралика, З.Г. Френкеля, В.М. Дильмана и наших современников В.Н. Шабалина, В.А. Анисимова, В.Х. Хавинсона, П.А. Воробьева, Э.С. Пушковой, Л.Б. Лазебника, С.В. Мякотных, Л.И. Дворецкого, Н.К. Горшуновой, Л.П. Хорошиной и многих др.

Мы говорим об этом столь подробно потому, что, к великому удивлению, на многих геронтологических форумах приходится слышать, что наука геронтология в России очень молодая и проблемами старения ученые доселе не занимались. Между тем преподавание любого предмета начинается с исторического обзора и роли отечественных школ в становлении данной дисциплины. На кафедре гериатрии Самарского государственного медицинского университета изучение предмета традиционно начинается с изучения роли отечественных ученых в развитии геронтологии и гериатрии.

■ О деятельности кафедры гериатрии

В настоящее время в Самарском государственном медицинском университете на кафедре гериатрии обучаются студенты 6-го курса лечебного факультета, студенты 5-го курса лечебного и медико-профилактического факультета, факультета психологии, социальные работники.

Важным моментом при создании кафедры гериатрии стало определение ее клинической базы. Такой базой стал Самарский областной клинический госпиталь для ветеранов войн, оснащенный самым современным диагностическим оборудованием, лечебной аппаратурой и имеющий отделение реабилитации. Это, несомненно, повышает эффективность преподавания. Помимо основной базы кафедра гериатрии располагается на базе Самарской клинической гериатрической больницы, в составе которой работает гериатрический центр. Таким образом, обучение на кафедре гериатрии происходит по госпитальному прин-

ципу «у постели больного». Студенты знакомятся с историей болезней, вместе с врачом участвуют в сборе анамнеза заболевания, курации больного, назначении лечения и плана обследования, вместе с лечащим врачом присутствуют при обходе профессора и доцента.

По мнению ректора Самарского государственного медицинского университета, академика РАН, профессора Г.П. Котельникова, задача любой кафедры — «учить, лечить и заниматься наукой». На кафедре работает студенческий научный кружок. Под руководством сотрудников кафедры студенты принимают участие в научных исследованиях. Тематика основных научных направлений на кафедре: «Особенности гемостаза в норме и при патологии у людей пожилого и старческого возраста»; «Феномен долгожительства в Самарской области»; «Роль соматической патологии и ее влияние на процессы ускоренного старения», «Определение биологического возраста у участников боевых действий».

Важная роль кафедры заключается в интеграции научных достижений в области геронтологии и гериатрии в практическое здравоохранение. Многие годы сотрудники кафедры участвуют в обеспечении непрерывного образовательного процесса для врачей Самарской области. Ежеквартально в рамках непрерывного медицинского образования проводятся образовательные конференции, на которых освещаются основные проблемы гериатрии, ежегодные научные конференции с привлечением ведущих ученых-геронтологов. При общении с долгожителями, полноценными, физически активными людьми происходит ломка стереотипов отношения к старости в целом, формируется новое представление о старом человеке и его роли в обществе, что является важным моментом воспитательной работы на кафедре.

■ Основные направления программы преподавания по гериатрии

Программа обучения студентов была разработана сотрудниками кафедры таким образом, чтобы главной целью обучения стало обеспечение каждого выпускника знаниями основ гериатрии, которые необходимы врачу любой специальности — как в терапевтической, так и в хирургической практике. Кафедра гериатрии осуществляет также последиplomную подготовку интернов, ординаторов, аспирантов. За время ее существования было защищено 30 кандидатских и 3 докторские диссертации, подготовлено 25 ординаторов.

Программа обучения студентов строится с учетом потребностей гериатрической медицины. В феврале 1995 г. приказом министра здравоохранения и медицинской промышленности была утверждена специальность «врач-гериатр». Гериатрическую медицину

сегодня определяют как область общей медицины, тесно связанной с социальными, гигиеническими, биологическими, психологическими, клиническими, лечебно-профилактическими аспектами заболеваний в пожилом и старческом возрасте. Поэтому от врача, оказывающего помощь больному старшего возраста (не услугу, а помощь!), требуется очень широкий диапазон знаний. Наряду с оценкой соматического состояния, гериатр должен учитывать состояние психики больного, его психологическую настроенность, его положение в семье, в обществе в связи с прекращением профессиональной деятельности, его способность к самообслуживанию, одним словом, осуществлять комплексную гериатрическую оценку пациента.

Обучение на кафедре гериатрии объединяет несколько направлений. Одним из них является изучение важнейших аспектов социальной геронтологии. Подробное обсуждение демографических сдвигов и связанных с ними социально-экономических, медико-санитарных, морально-этических проблем, обусловленных изменением структуры населения и его постарением, подводят студентов к пониманию специфики проблем геронтологии и гериатрии, их большой социальной и государственной важности. Студенты знакомятся с основными документами рекомендательного характера и прямого действия, посвященными вопросам поддержания здорового старения. К документам рекомендательного характера относятся «Принципы для пожилых», принятые Генеральной ассамблеей ООН в 1991 г., проекты ВОЗ, посвященные стратегии и плану действий в поддержку здорового старения и другие. К документам прямого действия относятся законы, постановления и приказы, посвященные совершенствованию организации медико-социальной помощи лицам старших возрастов. Особое внимание студентов обращается на последние документы по созданию гериатрической службы в нашей стране.

В программу обучения студентов включены вопросы геронтогигиены. На занятиях со студентами обсуждаются проблемы гигиены труда и отдыха, профессиональной переориентации, вопросы физиологии и гигиены питания, режима адекватной физической активности, их значение в профилактике преждевременного, ускоренного старения человека. Учитывая тот факт, что нередко состояние организма стареющего человека не соответствует возрастным нормам, необходимо разграничивать понятия календарного (хронологического) и биологического возраста. Определение биологического возраста студенты проводят при обследовании пациентов.

Вообще изучение гериатрии невозможно без ознакомления с общими закономерностями процесса био-

логического старения. На занятиях со студентами обсуждаются вопросы, касающиеся молекулярно-клеточных механизмов старения, особенностей нейрогуморальной регуляции метаболизма и функций при старении, прогрессивно сокращающихся адаптационных возможностей стареющего человека, возрастных особенностей обменных, иммунных процессов, являющихся базой для понимания учащихся возрастного своеобразия развития, клинического течения, профилактики и лечения заболеваний у пожилых и старых пациентов. Обсуждается роль генетических механизмов в процессе старения, роль различных геномов, определяющих скорость старения, устойчивость стареющего организма к неблагоприятным факторам внутренней и внешней среды.

Основной раздел обучения гериатрии посвящен вопросам развития, клинического течения, диагностики, профилактики и лечения наиболее часто встречающихся в старости заболеваний. Среди обсуждаемых заболеваний в программу включены болезни внутренних органов. Однако, учитывая присущую пожилым людям полиморбидность, в программу обучения включены частые у пожилых заболевания нервной системы, опорно-двигательной системы, эндокринной и мочевыделительной системы, которые параллельно с инволютивными процессами формируют множественные гериатрические синдромы (падения, саркопении, инконтиненции, синдром старческой астении).

В преподавании частных вопросов гериатрии кафедра базируется на неразрывном единстве геронтологии и гериатрии. Поэтому особое внимание уделяется закономерностям возрастных изменений в основных функциональных системах стареющего организма. Особенности возрастной перестройки системы обсуждаются в плане их возможного влияния на формирование патологии и ее своеобразия у людей пожилого и старческого возраста.

■ Основные положения гериатрической медицины

В процессе курации больных студенты знакомятся с основными положениями гериатрической медицины, подтвержденными практикой. Первое положение это — множественность патологических процессов, полиморбидность, наличие нескольких заболеваний у одного пациента, что затрудняет диагностику, увеличивает частоту диагностических ошибок. Второе положение связано с необходимостью учитывать особенности развития и течения заболеваний у пожилых и старых людей, обусловленные новыми качествами стареющего организма, что является необходимым для правильной постановки диагноза, оценки тяжести больного, связанной с заболеванием, рацио-

нального лечения и профилактики. Прогрессирующее с возрастом (после 40 лет) снижение процессов метаболизма сопровождается постепенным развитием атрофических изменений в паренхиматозных органах, дегенеративными нарушениями в бранитрофных тканях (к которым относятся хрящи, средний слой крупных сосудов, межпозвоночные диски и др.). Нарушения обмена с возрастом во многом является причиной поражения артерий, тканей опорно-двигательной системы. В результате инволютивных процессов, наступающих в стареющем организме, изменяется его реакция на факторы внутренней среды и внешние воздействия, меняются компенсаторно-приспособительные механизмы, нарушаются процессы адаптации.

Для людей старческого возраста характерна склонность к медленно нарастающим патологическим процессам, в этом заложена причина бессимптомного, «стертого» течения болезни, обусловленного снижением общей реактивности и своеобразной, более экономичной, установке регуляторов этих процессов и формированию «болезней старости». К таким болезням относятся атеросклероз, гипертоническая болезнь, сосудистые поражения головного мозга, эмфизема легких, новообразования, сахарный диабет, болезни костей и суставов, органов слуха и зрения и др. Естественные возрастные изменения являются «благоприятным фоном» для развития болезней. Особенности индивидуального старения в зависимости от пола объясняют различия в средней продолжительности жизни мужчин и женщин.

В процессе обучения на кафедре большое внимание уделяется вопросам диагностики заболеваний у человека старшего возраста. В работе с пожилыми людьми повышается роль знаний параклинических разделов терапии (уточнение критериев возрастной нормы при ультразвуковой диагностике, ЭХО- и ЭКГ-диагностике, лабораторных методов исследования).

Особое внимание отводится вопросам лечения заболеваний в пожилом возрасте. Терапия пожилых требует иных подходов, чем терапия людей более молодого возраста. Понятие лечения в гериатрии не следует заменять усиленным уходом. Главное в современной медицинской практике — это необходимость оказания самой современной, высокотехнологической, квалифицированной, при необходимости специализированной медицинской помощи представителям старших возрастов.

Третье положение в гериатрии занимает гериатрическая фармакология, которой отводится важное место в процессе подготовки будущих врачей. С особенностями стареющего организма связано увеличение побочных эффектов лекарственных средств, развитие интоксикации. Выбор лекарственных препаратов дол-

жен рассматриваться врачом с точки зрения особенностей воздействия его на стареющий организм. Знание основ гериатрической фармакологии позволяют врачу избежать полипрагмазии, ятрогении, выбрать необходимую терапию основного заболевания. Важным разделом гериатрической фармакологии и фармакотерапии являются средства, направленные на стимуляцию физиологических процессов (витамины, биологически активные средства, пептидные регуляторы). Особый акцент делается на широкие, а порой и более эффективные, возможности нелекарственной терапии (ЛФК, массаж и мануальная терапия, гирудотерапия, иглорефлексотерапия, психотерапия и пр.).

Четвертое положение в гериатрии занимают восстановительные процессы в пожилом и старческом возрасте, которые также имеют свою специфику. Они протекают более медленно и представляют особенно сложный процесс. Продолжительность течения острых пневмоний, например, у старых людей значительно отличается от течения этой болезни у молодых.

На кафедре в процессе обучения студентов большое внимание отводится вопросам профилактики в гериатрии. Борьба с ускоренным старением, профилактика заболеваний в течение всей жизни определяет состояние здоровья человека в пожилом и старческом возрасте. Отношение человека к своему здоровью, его медицинская активность, соблюдение гигиенических правил во многом определяют характер старения. Образ жизни, социальная среда, материальный достаток — те факторы, которые могут сократить или увеличить генетически-обусловленную программу жизнедеятельности индивидуума. Врачу, оказывающему медицинскую помощь старым людям, очень важно определить меры по профилактике (первичной, вторичной, третичной) для каждого пациента в каждой возрастной группе.

Наконец, пятое положение гериатрической медицины связано со спецификой пожилого человека, не только с изменениями его здоровья, но и с изменениями его положения в семье, его социальной роли в обществе, особенностями его психологии. Медицинская помощь может быть успешной лишь при тесном взаимодействии с социальными службами и требует их взаимных усилий.

■ Необходимость развития гериатрической службы

Необходимость в подготовке большого количества специалистов-гериатров продиктована самой жизнью. В последние десятилетия демографические тенденции постарения населения отчетливо проявились как в Российской Федерации в целом, так и в Самарской области в частности. Люди пожилого (60—74 го-

да) и старческого (75 и старше) возраста составляют 25—40% обращающихся за медицинской помощью к терапевтам, неврологам и врачам других специальностей. В начале прошлого столетия доля лиц пожилого возраста составляла лишь 2—4%, в 40—50-е гг. она увеличилась до 9,4%, в 1975 г. — 13,3%, в 2015 г. она составляет уже 21% и продолжает увеличиваться.

Если в середине XX в. острой необходимости в создании гериатрической службы не было, то в настоящее время такая необходимость появилась. Именно в конце XX — начале XXI в. возросла потребность в знаниях основ гериатрии и расширении гериатрической помощи. По мере увеличения средней продолжительности жизни населения нашей страны, улучшения его здоровья и развития научно-технического прогресса, в т. ч. медицинской науки, для большинства людей, достигших пенсионного возраста, открылись новые возможности продолжения профессиональной деятельности. Абсолютно согласны с мнением коллег о том, что необходимо ломать сложившийся стереотип отношения к пожилым как к немощным, бедным и депрессивным личностям. Такое отношение бытует не только в обществе, но и, что самое досадное, существует среди врачей и младшего медицинского персонала.

Надо отметить, что окончательно гериатрическая служба в нашей стране еще не сформировалась. Большая работа Министерства здравоохранения, министра В.И. Скворцовой по созданию порядка оказания медицинской помощи лицам старших возрастов, работа директора Российского геронтологического научно-практического центра, главного специалиста по геронтологии и гериатрии Минздрава России О.Н. Ткачевой, Российской ассоциации геронтологии и гериатрии, Российского геронтологического общества РАН непременно даст положительные результаты. В этом аспекте специальность врача-гериатра становится крайне востребованной, и потребность в обучении в области геронтологии будет неуклонно расти.

В заключение хочется отметить, что к старости можно относиться по-разному: со страхом, с неприязнью, с уважением и почтением, с состраданием и жалостью. Ясно одно — к ней надо готовиться! Люди в своем большинстве стремятся отдалить старость и сохранить молодость. Огромные усилия тратятся на косметические процедуры, стимулирующие средства, диеты, фитнес и спорт. И все это, безусловно, правильно. Но главный вопрос при этом по-прежнему остается открытым: отстужает ли старость? Замедляется ли процесс старения и можно ли им управлять? Современная наука активно ищет ответы на эти вопросы.

Ю.В. МИХАЙЛОВА, И.В. ИВАНОВ, И.Б. ШИКИНА,
А.В. ПОЛИКАРПОВ, Н.А. ГОЛУБЕВ, В.И. ВЕЧОРКО

Экспертные методы при выборе показателей для независимой оценки качества медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь

Михайлова Ю.В., Иванов И.В., Шикина И.Б., Поликарпов А.В., Голубев Н.А., Вечорко В.И. Экспертные методы при выборе показателей для независимой оценки качества медицинской помощи в медицинских организациях, оказывающих амбулаторную помощь

Качество и тесно зависящая от него результативность деятельности медицинских организаций амбулаторного уровня в России — ключевой вопрос в управлении здравоохранением. Для независимой оценки качества оказания медицинской помощи медицинскими организациями субъектов Российской Федерации, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь и имеющими прикрепленное население, методом экспертных оценок разработан итоговый перечень из 24 показателей.

Mikhaylova Y.V., Ivanov I.V., Shikina I.B., Polikarpov A.V., Golubev N.A., Vechorko V.I. Expert methods at a choice of indicators for an independent assessment of quality of medical care in the medical organizations giving out-patient helpsummary
Quality and productivity of activity of the medical organizations of out-patient level, closely dependent on it, in Russia — a key question in management of health care. For an independent assessment of quality of delivery of health care by the medical organizations of the subjects of the Russian Federation providing out-patient medical care and having the attached population, the method of expert evaluations developed the final list from 24 indicators.

Ключевые слова: качество медицинской помощи, оценка качества медицинской помощи, методы экспертных оценок
Keywords: quality of medical care, assessment of quality of medical care, methods of expert estimates

«...предчувствия и интуиция являются существенными факторами на начальном этапе работы, но в конечном итоге только качество чисел может привести к истине».

Льюис Томас

Введение

Оценка уровня качества и доступности медицинской помощи в силу определенной специфики проблемы затрагивает интересы многих государственных, общественных, частных и прочих организаций, а также

отдельных граждан. Качество и тесно зависящая от него результативность деятельности медицинских организаций амбулаторного уровня в России — ключевой вопрос в управлении здравоохранением. И если проблемам качества медицинской помощи в последние годы уделяется все больше внимания, то результативность деятельности медицинских учреждений, как правило, остается «за кадром». А между тем это взаимосвязанные понятия, не существующие друг без друга.

Главной целью деятельности медицинских организаций амбулаторного уровня является оказание качественной и безопасной первичной медицинской помощи населению, т. е. медицинских услуг надлежащего качества, которое определяется как соответствие оказанных медицинских услуг современному представлению о его необходимом уровне и объеме при данном виде патологии с учетом индивидуальных особенно-

Ю.В. МИХАЙЛОВА, д.м.н., профессор, заслуженный деятель науки РФ, первый заместитель директора, ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, mikhaylova@mednet.ru
И.В. ИВАНОВ, к.м.н., генеральный директор, ФГБУ «Центр мониторинга и клинко-экономической экспертизы» Федеральной службы по надзору в сфере здравоохранения, expert@cmkee.ru
И.Б. ШИКИНА, д.м.н., заведующий отделом, shikina@mednet.ru
А.В. ПОЛИКАРПОВ, к.м.н., заведующий отделом, polikarpov@mednet.ru
Н.А. ГОЛУБЕВ, к.м.н., заместитель заведующего отделом, golubev@mednet.ru
В.И. ВЕЧОРКО, к.м.н., ведущий научный сотрудник, vchorko@mednet.ru
ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России

стей пациента и уровня реализации технологий конкретной медицинской организации [1, 10].

Для оценки качества и результативности медицинской помощи необходимо разработать систему критериев, показателей и понятий, относящихся к данному процессу и отражающих его конечные результаты.

Многочисленные попытки оценить качество медицинской помощи через призму уровня состояния здоровья населения не всегда корректны, поскольку уровень состояния здоровья в большей мере зависит от социально-экономической политики государства, состояния окружающей среды, образа жизни семьи, санитарно-эпидемиологического благополучия и др. Оценивать качество медицинской помощи следует с помощью показателей, относящихся к объекту «медицинская помощь», а не к другому объекту «состояние здоровья», а это, прежде всего, медицинская результативность, удовлетворенность потребителя, а при оценке эффективности еще и уровень затрат.

Система оценки качества оказания медицинской помощи должна включать в себя набор универсальных показателей, имеющих количественное выражение, что позволит в дальнейшем подвергнуть их сравнению, подсчету, математической обработке и пр. Одним из основных принципов оценки качества при помощи статистических методов является стремление повысить качество медицинской помощи, осуществляя контроль на различных этапах производственного процесса в медицинской организации.

Существуют два основных понятия при оценке качества медицинской помощи: это измерение контролируемых параметров и распределение. Для того чтобы можно было судить о качестве медицинской услуги, необходимо измерить такие параметры, как надежность стандарта ее производства, значимость побочных эффектов реализуемой технологии, потенциальная экономичность, показатель эффективности и т. п. Второе понятие — распределение значений контролируемого параметра — основано на том, что нет двух совершенно одинаковых по величине параметров у одних и тех же медицинских услуг: по мере того как измерения становятся все более точными, в результатах измерений параметров обнаруживаются небольшие расхождения.

Следовательно, экспертная оценка качества оказания медицинской помощи невозможна без проведения эксперимента или статистической обработки характеристик специально привлеченным для этой цели специалистом.

Методы экспертных оценок — это методы организации работы со специалистами-экспертами, включающие комплекс логических и математических процедур, направленных на получение от экспертов информации (мнения), выраженной в количественной и/или

качественной форме, ее обработку, анализ и обобщение с целью подготовки и выработки рациональных решений, которые применяются при квалиметрических исследованиях для измерения показателей качества (включая качества медицинской помощи) и для определения значений весовых коэффициентов [2, 9].

При анализе мнений экспертов можно применять самые разнообразные статистические методы, описывать их — значит описывать всю прикладную статистику. Тем не менее можно выделить основные широко используемые в настоящее время методы математической обработки экспертных оценок — это проверка согласованности мнений экспертов (или классификация экспертов, если нет согласованности) и усреднение мнений экспертов внутри согласованной группы.

Однако математическая статистика дает возможность принимать правильные решения, начиная с руководителей медицинских организаций, которые основываются на интерпретации. Но наиболее комплексная оценка деятельности учреждений здравоохранения осуществляется с помощью сравнительного анализа их деятельности на основе формирования системы рейтингов.

Рейтинги медицинских организаций представляют собой информационный инструмент, предназначенный для адекватной оценки и анализа деятельности, прогнозирования тенденций развития и разработки оперативных и стратегических управленческих решений. Рейтинги строятся на основе использования современных методов сбора и обработки статистических, социологических и других данных о деятельности медицинских организаций.

Кроме того, в настоящее время на территории РФ действуют приказы, характеризующие параметры качества и доступности оказания медицинской помощи гражданам РФ [3—8]. Однако формирование рейтингов медицинских организаций, подведомственных субъекту РФ, относится к полномочиям органов исполнительной власти в сфере здравоохранения субъектов РФ, и отражает деятельность лишь на территории конкретного субъекта.

В связи с вышеизложенным существует потребность в проведении оценки показателей для определения уровня качества оказания медицинской помощи медицинскими организациями в амбулаторных условиях среди медицинских организаций субъектов РФ, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь населению, имеющих прикрепленное население.

■ Цель и методика исследования

Цель и методика исследования: разработать, провести выбор и апробировать систему показателей для независимой оценки уровня качества оказания меди-

цинской помощи медицинскими организациями, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь и имеющими прикрепленное население, методом экспертных оценок.

■ Результаты исследования и их обсуждение

Первичный отбор показателей оценки уровня качества оказания медицинской помощи медицинскими организациями заключался в проведении аналитического обзора действующей нормативной базы по оценке деятельности в системе здравоохранения на различных уровнях: от оценки органов исполнительной власти в сфере здравоохранения на федеральном уровне до утвержденных целевых критериев деятельности руководителей и работников медицинских организаций в рамках «эффективного контракта» в ряде субъектов РФ.

Проведен контент-анализ действующей федеральной и региональной информационной базы по более чем 50 источникам для определения возможных пока-

зателей оценки качества и доступности медицинской помощи. Сформирована информационная база, содержащая 276 единиц различных показателей оценки.

Потребность в осуществлении оценки качества оказания медицинской помощи амбулаторными медицинскими организациями обуславливает необходимость применения метода экспертных оценок.

Суть метода экспертных оценок заключается в том, что эксперту (специалисту в определенной области) предлагается провести ранжирование определенных явлений в определенном порядке (возрастания, убывания значимости). В качестве экспертов были привлечены специалисты и научные сотрудники ФГБУ «ЦНИИОИЗ» Минздрава России, кандидаты и доктора медицинских и экономических наук, руководители службы медицинской статистики субъектов РФ, главные врачи медицинских организаций субъектов РФ, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь и имеющие прикрепленное население, которые производили экспертную оценку с учетом их опыта, возраста и компетентности.

ТАБЛИЦА. Перечень показателей для проведения оценки

№	Показатель
1.	<i>Среднее число прикрепленного населения, приходящееся на одно физическое лицо врача участковой службы</i>
2.	Коэффициент совместительства врачей
3.	Коэффициент совместительства среднего медицинского персонала
4.	Число среднего медицинского персонала, работающего с врачами участковой службы, на 1 врача участковой службы
5.	Коэффициент текучести врачебных кадров
6.	Коэффициент текучести среднего медицинского персонала
7.	<i>Фондовооруженность</i>
8.	<i>Число обоснованных жалоб граждан на действия работников медицинской организации (амбулаторная помощь)</i>
9.	<i>Доля злокачественных новообразований I—II стадии заболевания</i>
10.	<i>Число умерших на дому лиц трудоспособного возраста (женщины 18—54 лет, мужчины 18—59 лет) на 1 000 прикрепленного населения соответствующего возраста</i>
11.	<i>Число лиц, умерших от инсульта и инфаркта миокарда в возрасте до 65 лет, на 1 000 прикрепленного населения соответствующего возраста</i>
12.	<i>Охват профилактическими медицинскими осмотрами детей в возрасте 0—17 лет</i>
13.	Доля детей I и II группы состояния здоровья
14.	Доля детей первого года жизни, находящихся на грудном вскармливании не менее 3 месяцев
15.	Доля амбулаторных посещений с профилактической целью от общего числа посещений
16.	Охват больных диспансерным наблюдением
17.	Охват диспансеризацией определенных групп взрослого населения из числа подлежащих диспансеризации в текущем году
18.	Доля пациентов, обученных в школе для пациентов с артериальной гипертензией, среди всех пациентов с артериальной гипертензией
19.	<i>Охват обследованием на туберкулез методом туберкулинодиагностики детей в возрасте 0—14 лет</i>
20.	<i>Охват обследованием на туберкулез методом профилактических рентгенологических исследований органов грудной клетки</i>
21.	Охват населения вакцинацией против гриппа
22.	Охват населения вакцинацией против пневмококковой инфекции
23.	<i>Наличие действующего официального интернет-сайта</i>
24.	<i>Наличие на сайте страницы обратной связи</i>

Для объективизации разработанной системы показателей были также привлечены специалисты из четырех пилотных субъектов РФ: Свердловской области, Ставропольского края, Республики Бурятия и Чувашской Республики. Нами были получены рекомендации по объективизации показателей для проведения оценки в части исключения избыточных, либо включения в перечень дополнительных пунктов.

К базовым показателям относились: основные показатели кадрового и ресурсного обеспечения; объективные жалобы пациентов на амбулаторную службу; показатели раннего выявления злокачественных новообразований; смертность на дому от социально-значимых заболеваний; показатели профилактической работы с прикрепленным населением; открытость и доступность информации о медицинской организации в сети Интернет.

Для определения уровня качества оказания и доступности медицинской помощи медицинскими организациями в амбулаторных условиях при помощи метода коллективной экспертной оценки был подготовлен итоговый перечень из 24 показателей (*табл.*), который основывался на статистических данных о деятельности медицинских организаций субъектов РФ, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь и имеющих прикрепленное население. Он включал в себя 11 показателей (отмеченных в *таблице* курсивом), использованных ранее в рамках проведенной в 2014 г. пилотной оценки самостоятельных медицинских организаций субъектов РФ, оказывающих амбулаторную медицинскую помощь.

Таким образом, проведение оценки показателей качества оказания медицинской помощи медицинской организации, оказывающей амбулаторную медицинскую помощь и имеющей прикрепленное население, позволяет:

- стимулировать повышение качества работы медицинской организации;
- повысить информированность потребителей о порядке предоставления медицинской организацией медицинских услуг;
- укрепить институт общественного контроля;
- обеспечить потребителей услуг в сфере здравоохранения дополнительной информацией о работе медицинской организации, в т. ч. в целях реализации принадлежащего потребителям права выбора конкретной медицинской организации для получения услуг в сфере здравоохранения;
- определить результативность деятельности медицинской организации и принять своевременные меры по повышению эффективности или по оптимизации ее деятельности;
- своевременно выявить негативные факторы, влияющие на качество предоставления услуг в сфере здраво-

охранения, и устранить их причины путем реализации планов мероприятий.

■ Выводы

1. Методы экспертных оценок — это основные и значимые методы организации работы со специалистами-экспертами, применяемые при исследованиях для измерения показателей качества медицинской помощи.
2. Для получения объективных показателей при проведении независимой оценки качества оказания медицинской помощи медицинскими организациями, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь и имеющими прикрепленное население, обосновано применение методов коллективных и индивидуальных экспертных оценок.
3. Применение показателей для независимой оценки качества оказания медицинской помощи медицинскими организациями, оказывающими амбулаторную медицинскую помощь и имеющими прикрепленное население, возможно для составления рейтинга деятельности медицинских организаций на федеральном, региональном и муниципальных уровнях, в медицинских организациях.

ИСТОЧНИКИ

1. Дьяченко В.Г. Качество в современной медицине. Хабаровск: ГОУ ВПО ДВГМУ, 2007. 490 с.
2. Орлов А.И. Организационно-экономическое моделирование: учебник в 3 ч. Ч.2: Экспертные оценки. М.: Изд-во МГТУ им. Н.Э. Баумана, 2011. 486 с.
3. Постановление Правительства РФ от 19 июня 2012 №608 «Об утверждении Положения о Министерстве здравоохранения Российской Федерации».
4. Приказ Минтруда России от 30 августа 2013 №391а «О методических рекомендациях по проведению независимой оценки качества работы организаций, оказывающих социальные услуги в сфере социального обслуживания».
5. Приказ Минздрава России от 14 мая 2015 №240 «Об утверждении Методических рекомендаций по проведению независимой оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».
6. Приказ Минздрава России от 28 ноября 2014 №787н «Об утверждении показателей, характеризующих общие критерии оценки качества оказания услуг медицинскими организациями».
7. Указ Президента РФ от 07 мая 2012 №597 «О мероприятиях по реализации государственной социальной политики».
8. Федеральный закон от 21 ноября 2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации».
9. Шиган Е.Н. Методы прогнозирования и моделирования в социально-гигиенических исследованиях. М.: Медицина, 1986. 208 с.
10. Шикина И.Б., Вардосанидзе С.Л., Восканян Ю.Э., Сорокина Н.В. Проблемы обеспечения безопасности пациентов в современном здравоохранении. М.: изд-во ООО «Глоссариум», 2006. 336 с.

РОССИЙСКИЕ ВРАЧИ — ЧЕМПИОНЫ МИРА ПО ФУТБОЛУ

Вот уже несколько лет в разных странах проводится чемпионат мира по футболу среди медицинских работников. В этом году чемпионат проходил с 9 по 16 июля в Испании, в Барселоне, где на тренировочной базе знаменитого клуба «Барселона» встречались сборные более 20 стран.

Игры по уже сложившейся традиции проходили в двух возрастных категориях: 25+ (от 25 до 45 лет) и 45+ (45 лет и старше — группа masters).

Регламент турнира был традиционным: игры по круговой системе в предварительных группах, откуда по 2 сильнейшие команды выходят в четвертьфинал, и к ним присоединяются еще 2 команды из остальных по лучшим показателям, а затем матчи с выбыванием. В первой категории, где участвовали команды 22

стран, сборная России, выиграв в группе 2 матча и проиграв 1, только по разнице забитых и пропущенных мячей заняла 3-е место и не попала в четвертьфинал, но затем в утешительном турнире выиграла все 3 матча и заняла в итоге общее 9-е место, что явилось лучшим результатом за все годы участия нашей команды в чемпионатах мира.

В группе masters сборная России, также выиграв в группе 2 матча и проиграв 1, вышла в четвертьфинал,

Состав команды masters: вратарь — Э. Шпилянский, защитники — С. Аракелов, И. Сенчуков, Д. Лупаков, А. Хайдин, А. Казаченко, полузащитники и нападающие — Г. Войчишин, Е. Рожненков, А. Линденбратен, И. Аксенов, Х. Бадалян, А. Шишов. Тренер — В. Чупришин





Церемония награждения группы masters
(команда с группой поддержки)

где победила сборную Литвы, затем в полуфинале обыграла сборную Венгрии и, наконец, в финале в тяжелой борьбе выиграла у сборной Украины, сыграв вничью 2:2 в основное время и победив затем 5:4 в серии пенальти, завоевав, таким образом, титул чемпиона мира по футболу среди врачей 2016 г.

Кстати, лучшими бомбардирами турнира в обеих возрастных группах стали также представители России.

В соревнованиях в этой возрастной группе участвовали 12 стран: Германия, Украина, Колумбия, Венесуэла, Литва, Россия, Венгрия, США, Бразилия, Австралия, Южная Корея и Англия.

В финале один из нападающих Игорь Аксёнов получил перелом плюсневой кости, но доиграл матч

до конца и забил решающий пенальти. Капитаном команды является Александр Шишов — гинеколог Вологодской областной больницы №1. Все игроки — практикующие врачи, академики, заслуженные врачи и доктора медицинских наук. Среди них есть акушер, эпидемиолог, реаниматолог, врач ЛФК, спортивный врач, а также главврач.

Учитывая бесславное поражение в этом году сборной страны на чемпионате Европы по футболу и определенное политическое давление, ощущавшееся перед матчем со сборной Украины, выступление нашей команды имело определенный психологический подтекст, но героические традиции русских медиков проявились вновь и позволили добиться победы.

*Мы от души поздравляем с победой чемпионов мира по футболу,
в числе которых и постоянные авторы нашего журнала.
Желаем вам новых спортивных и профессиональных свершений!*

ТРЕБОВАНИЯ К ОФОРМЛЕНИЮ СТАТЕЙ В ЖУРНАЛЕ «ВЕСТНИК РОСЗДРАВНАДЗОРА»

Статьи представляются в редакцию журнала в электронном виде в формате Word. Размер оригинальных статей, включая таблицы, рисунки, список литературы и резюме, не должен превышать 10 страниц, обзорных — 12—14 страниц, хроники — 3—4 страницы, рецензий — 3—4 страницы. Текст статьи должен быть напечатан шрифтом Times New Roman, размер 14, интервал 1,5.

Если статья имеет одного или двух авторов, она должна сопровождаться фотографиями авторов, представленными в формате TIFF или JPEG с разрешением 300 dpi (точек на дюйм) или не менее 1 МВ. Фото предоставляются в редакцию вместе со статьей.

Диссертационные статьи должны сопровождаться официальным направлением от учреждения, в котором выполнена работа, при необходимости — экспертным заключением, иметь визу руководителя и быть заверены печатью.

В начале статьи пишутся инициалы и фамилия каждого автора, его ученая степень и звание, электронный почтовый адрес для опубликования. Ниже указывается название статьи, наименование учреждения, из которого она вышла, его адрес. К статье необходимо приложить краткое резюме на русском и желательно на английском языках объемом не более $\frac{1}{3}$ страницы, в начале которого полностью повторить фамилии авторов и название. В конце резюме нужно дать ключевые слова к статье.

Статья может быть иллюстрирована таблицами, графиками, рисунками, фотографиями (предпочтительно цветными). Все таблицы, фотографии и графические материалы должны иметь название, номер и соответствующие ссылки в тексте статьи. Рисунки в виде графиков и диаграмм необходимо дополнить цифровыми данными в форме таблицы в программе Excel, т. е. в соответствии с технологией верстки журнала рисунки не копируются, а создаются вновь.

Все цифры, итоги и проценты в таблицах должны соответствовать цифрам в тексте. Необходимо указать единицы измерения ко всем показателям на русском языке.

Цитаты, приводимые в статье, должны быть тщательно выверены; в сноске необходимо указать источник, его название, год, выпуск, страницы.

Все сокращения при первом упоминании должны быть раскрыты, химические и математические формулы также должны быть тщательно выверены. Малоупотребительные и узкоспециальные термины, встречающиеся в статье, должны иметь пояснения.

Список источников в конце статьи должен содержать не более 15 наименований. Ссылки на литературу приводятся по мере цитирования в статье. При использовании интернет-сайта указывается его адрес и дата обращения. Фамилии иностранных авторов даются в оригинальной транскрипции. Если в литературной ссылке допущены явные неточности или она не упоминается в тексте статьи, редакция оставляет за собой право исключить ее из списка. Библиографические ссылки в тексте статьи даются в квадратных скобках в соответствии с номерами в пристатейном списке источников.

В конце статьи обязательно следует указать фамилию, имя и отчество контактного лица, его электронный адрес и телефон для мобильной связи, точный почтовый адрес для отправки журнала.

Статьи, оформленные не в соответствии с указанными правилами, могут быть отклонены без рассмотрения.

Статьи, ранее опубликованные или направленные в другой журнал, к опубликованию не принимаются.

За публикацию статей плата с авторов не взимается.

Редакция журнала подтверждает возможность публикации статьи только после ознакомления с материалом.

Все материалы, поступающие в редакцию, рецензируются, редактируются и при необходимости сокращаются.

Статьи следует присылать в редакцию по электронной почте по адресу: o.f.fedotova@mail.ru. Сопроводительные документы в отсканированном виде также пересылаются по электронной почте. Чтобы убедиться, что статья получена, при отправке пользуйтесь параметром «уведомление» или позвоните в редакцию по телефону +7(499) 578-02-15; +7(962) 950-20-49; +7 (903) 660-77-11.

ОРГАНИЗАТОРЫ:

- Министерство здравоохранения Российской Федерации
- Федеральная служба по надзору в сфере здравоохранения
- Федеральный фонд обязательного медицинского страхования
- Конгресс-оператор «МЕДИ Экспо»



5-6 ДЕКАБРЯ

ВСЕРОССИЙСКАЯ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКАЯ КОНФЕРЕНЦИЯ С МЕЖДУНАРОДНЫМ УЧАСТИЕМ

МЕДИЦИНА И КАЧЕСТВО 2016

МОСКВА

РЭДИССОН СЛАВЯНСКАЯ
ГОСТИНИЦА И ДЕЛОВОЙ ЦЕНТР
Площадь Европы, 2



СЕКЦИИ

- Современные подходы к обеспечению качества и безопасности медицинской деятельности – основа общественного здоровья.
- Организация медицинской деятельности на основе данных доказательной медицины. Национальные клинические рекомендации (протоколы лечения) как инструмент экспертизы качества медицинской помощи.
- Обращение медицинских изделий: контроль качества и безопасности в медицинской организации.
- Программы ВОЗ для обеспечения безопасности пациентов в РФ.
- Информационные технологии в обеспечении качества и безопасности медицинской деятельности. Проблемы и пути решения.
- Эффективные стратегии организации внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в медицинской организации (стационаре). Практика применения в РФ.
- Организация внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности в поликлинике. Предложения Росздравнадзора.
- Скорая и неотложная помощь: основные аспекты обеспечения качества и безопасности.
- 2016 год – год борьбы с сахарным диабетом. Аспекты качества и безопасности в профилактике и лечении сахарного диабета в РФ.
- Основные векторы повышения/обеспечения качества и доступности паллиативной помощи в РФ.
- Мониторинг деятельности медицинских организаций как инструмент обеспечения качества и безопасности. Региональный и федеральный аспекты.

КРУГЛЫЕ СТОЛЫ

- Медицинская ошибка. Правовые, морально-этические и организационно-методические основы
- Стандартизация в здравоохранении. Аккредитация медицинских организаций как метод управления качеством и безопасностью в системе здравоохранения.
- Симуляционное обучение. Деятельность симуляционных центров, стандартизация оценки эффективности работы, организация непрерывного обучения медицинских работников.
- Жалобы пациентов. Польза или вред?
- Внутрибольничные инфекции: рациональное использование антибактериальных препаратов, профилактика антибиотикорезистентности.

МАСТЕР-КЛАССЫ

- Профилактика профессиональных конфликтов в медицинских организациях.
- Организация взаимодействия со средствами массовой информации.
- Эффективные подходы в управлении кадровыми ресурсами в медицинских организациях.

ПРЕ-КУРС

(1 день перед началом конференции):

- Тренинг «Подготовка специалистов по качеству в медицинской организации».
- Тренинг «Подготовка внутренних аудиторов».

ВЫСТАВОЧНАЯ ЭКСПОЗИЦИЯ «КАЧЕСТВО В МЕДИЦИНЕ»

M+D МЕДИ Экспо

Тел./факс: +7 (495) 721-88-66, e-mail: mik@mediexpo.ru

mk.mediexpo.ru





**РЕЦЕНЗИРУЕМЫЙ
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ
ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ В СФЕРЕ
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И ФАРМДЕЯТЕЛЬНОСТИ**

**СОКРАЩЕННАЯ ВЕРСИЯ ЖУРНАЛА
ПРЕДСТАВЛЕНА НА САЙТЕ
www.roszdravnadzor.ru**