

*Медико-технологическое  
предприятие  
НЬЮДИАМЕД*

# КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ

*Научно-практический  
рецензируемый журнал.  
Основан в 1995 г., Москва*

*Главный редактор П.А. Воробьев  
Первый зам. главного редактора М.Г. Глезер*

*Издательство «Ньюдиамед»*

Директор издательства:  
Буланова В.А.  
Зам. директора по рекламе:  
Рихард Г.С.

*Адрес редакции:*

*115446, Москва,  
Коломенский пр., 4, ГКБ N 7  
Кафедра гематологии и гериатрии  
Тел./факс 8-499-782-31-09  
E-mail: mtpndm@dol.ru  
Internet: www.zdrav.net  
zdravkniga.net*

*Оригинал-макет изготовлен  
издательством «Ньюдиамед»*

Зав. редакцией: Буланова В.А.

Корректор: Чайнова С.М.

Компьютерная верстка:

ООО «Электронинформ»

Установочный тираж 7000 экз.

**Индекс журнала 72767**

*по каталогу агентства РОСПЕЧАТЬ  
«ГАЗЕТЫ И ЖУРНАЛЫ»*

**Том 13**

**3-2007**

**(Март)**

*При перепечатке ссылка  
на журнал обязательна*

© Издательство «Ньюдиамед»

*При оформлении обложки  
использована работа А. Дюрера*

Формат 60x90/8

Печ. листов 10,5. Заказ

Отпечатано в ООО «Возрождение»

**Редакционная коллегия:**

**В.Н. Анисимов** зам. главного редактора  
(фундаментальная геронтология),  
**Е.И. Асташкин**,  
**И.Н. Денисов**,  
**Л.М. Горилловский**,  
**Ю.В. Конев**,  
**Л.Б. Лазебник**,  
**А.И. Мартынов**,  
**Е.Л. Насонов**,  
**Н.И. Некрасова**,  
**В.Е. Ноников**,  
**Л.К. Обухова**,  
**А.Д. Пальман**,  
**В.А. Парфенов**,  
**Д.В. Преображенский**,  
**Т.А. Федорова**,  
**В.В. Цурко**

**Редакционный совет:**

**Б.А. Айнабекова**  
**Р.Ш. Бахтияров** (С.-Петербург),  
**Б.С. Брискин** (Москва),  
**А.И. Воробьев** (Москва),  
**Л.М. Белозерова** (Пермь),  
**В.С. Гаеинин** (Москва),  
**В.Г. Герасимов** (Ярославль),  
**Ф.И. Комаров** (Москва),  
**Г.П. Котельников** (Самара),  
**Х.Дж. Коэн** (Дурэм, США),  
**В.А. Насонова** (Москва),  
**В.Х. Хавинсон** (С.-Петербург),  
**А.Л. Хохлов** (Ярославль),  
**В.В. Чельцов** (Москва),  
**А.И. Яковлев** (Москва),  
**О.Г. Яковлев** (Самара)

**Издательство «НЬЮДИАМЕД», Москва, 2007**

**Редколлегия журнала «КЛИНИЧЕСКАЯ ГЕРОНТОЛОГИЯ»  
просит авторов оформлять статьи, направляемые в редакцию журнала,  
в строгом соответствии с правилами.**

***ПРАВИЛА ОФОРМЛЕНИЯ СТАТЕЙ***

- I. Журнал «Клиническая геронтология» публикует статьи, освещающие фундаментальные вопросы биологии и патофизиологии старения, особенности течения и терапии различных заболеваний в позднем возрасте, современные методы диагностики, лечения, реабилитации, ухода, деонтологические, медико-социальные аспекты гериатрии. Это передовые и оригинальные статьи, обзоры, лекции, письма в редакцию, заметки из практики, информация о новых лекарственных препаратах, конференциях, съездах, симпозиумах, рефераты статей, опубликованных в зарубежных геронтологических журналах. Статьи построены по традиционному для мировой научной периодики плану.
- II. Статья должна быть напечатана и представлена в редакцию и (обязательно) набрана на компьютере в любом текстовом редакторе в системе Windows (перенос слов не делать).
- III. Объем статьи, включая таблицы, литературу, реферат и резюме, не должен превышать 300–350 строк шрифтом не менее 12-го кегля.
- IV. В выходных данных указывается название работы, инициалы и фамилия авторов, название учреждения, в котором выполнена работа, город. Необходимо сообщить фамилию, имя и отчество автора, с которым редакция будет иметь переписку, его адрес и телефон. Статья должна быть тщательно выверена автором, т. к. редакция не высылает корректуру.
- V. Математические и химические формулы должны быть написаны очень четко, с указанием на полях букв алфавита (русский, латинский, греческий), а также прописных и строчных букв, показателей степени, индексов, букв или цифр, когда это не ясно из текста.
- VI. Таблицы должны быть компактными, иметь название, текст статей должен содержать ссылку на таблицу. Цифры в ней не должны расходиться с цифрами в тексте. Обязательна статистическая обработка со ссылкой на рассчитываемые коэффициенты.
- VII. К статье может быть приложено минимальное количество рисунков, необходимых для понимания текста. Рисунки должны быть представлены на дискете в любом графическом редакторе и в распечатанном виде. Рисунки должны быть четкими, легко воспроизводимыми и не содержать текстовых надписей и обозначений, которые можно поместить в текст или подрисуночные подписи. В тексте статьи должна быть ссылка на каждый рисунок. Микрофотографии, фотографии и рентгенограммы должны быть размером 6×9 см и хорошего качества.
- VIII. К статье необходимо приложить список всей цитируемой литературы в алфавитном порядке. Библиографические ссылки в тексте статьи должны даваться в квадратных скобках цифрами в соответствии с пристатейным списком литературы. Список литературы должен быть составлен следующим образом: фамилия и инициалы автора, название журнала, год, том, вып., стр. (Название статей не дается). Пример: Серов В.В. Клини. геронтол. 1995; 1: 3–8.; Ringvold A., Davanger M. Brit. J. Ophthal. 1981; 65: 138–141.
- IX. Для книг и сборников точные заглавия по титульному листу, место и год издания. В список литературы не включаются неопубликованные работы (за исключением препринтов) и ссылки на учебники.
- X. К каждой статье должен быть приложен список ключевых слов (в русском и английском вариантах).
- XI. Направление в редакцию работ, которые уже посланы в другие редакции или напечатаны в них, не допускается!
- XII. Редакция журнала оставляет за собой право вносить стилистические изменения, включая названия статей, термины и определения.

---

**Статьи следует направлять по адресу:**

**115446, Москва, Коломенский проезд 4, ГКБ 7. Кафедра гематологии и гериатрии  
ММА им. И.М. Сеченова, редакция журнала «Клиническая геронтология»  
E-mail: [mtprndm@dol.ru](mailto:mtprndm@dol.ru)**



УДК 612.67

## ЧТО ЗА ГОДЫ МНЕ ПОПАЛИСЬ ПРИВЕРЕДЛИВЫЕ...

**В.Н. Анисимов**

*Ключевые слова: старение, демография*  
*Key words: ageing, demography*

Демографическая ситуация в стране, проблемы, связанные с сокращением жизни людей, вызывают все большую озабоченность общества. Не случайно их решение было названо одной из главных задач в недавно прозвучавшем Послании Президента РФ В.В. Путина Федеральному собранию. О том, какими возможностями располагает в этом отношении наука, рассказал на состоявшемся 21 марта 2006 г. заседании Президиума РАН заведующий лабораторией медицинской информатики Института

системного анализа РАН, генеральный директор Национального геронтологического центра доктор технических наук Вячеслав Крутько. Такая заставка открывает публикацию в газете «Поиск» № 19-20 от 19 мая 2006 г. под заглавием «**Чуть помедленнее, годы**» краткого изложения его доклада «Профилактика старения как системная технология». Полностью доклад опубликован на вебсайте РАН ([www.ras.ru](http://www.ras.ru)). На его текст мы и будем в основном опираться. Соавторами доклада являются В.И. Донцов (д-р мед.

наук, зав. лабораторией НИМСИ при Московском государственном медико-стоматологическом университете), А.А. Подколзин (член-кор. РАМН, бывший директор НИМСИ, ушедший из жизни более года тому назад) и А.М. Большаков (проф. ММА им. И.М. Сеченова). Декларируемая цель доклада — показать, что *«сейчас, на наших глазах формируется по настоящему новое направление фундаментальной и прикладной науки — «Профилактика старения», интенсивное развитие которого обещает существенно помочь в решении серьезнейших глобальных проблем современности, причем, что интересно, как на государственном, так и на личностном, персональном уровне»* (Курсивом здесь и ниже приводятся выдержки из текста доклада, представленного на вебсайте, с сохранением стиля и орфографии).

Попытаемся оценить, насколько удалось авторам достичь своей цели. Открывает доклад раздел **«Постарение населения как глобальная проблема современности»**, который представляет собой собрание расхожих «страшилок», касающихся старения населения, и прямых ошибок. Уже первая фраза этого раздела ошибочна: в демографии под старением населения понимается увеличение доли пожилых и старых людей в общей численности населения, а не *«увеличение в популяции доли лиц с существенно сниженными возможностями осуществления своих биологических и социальных функций»*, как утверждают авторы доклада. На самом деле, быстрого постарения человеческой популяции не происходило и не происходит. Старение населения протекает эволюционно, его последствия проявляются постепенно и предсказуемо. Демографы уже более полувека говорят о необходимости учета последствий этого действительно глобального и необратимого процесса.

Авторы утверждают, что *«большие города в развитых странах превращаются в «дома пенсионеров». Большинство этих людей тяжело хронически больны, обездвижены, не могут самообслуживаться, требуют постоянной заботы и ухода»*. Однако по имеющимся данным (например, Robine, Michel, 2004), наблюдается улучшение состояния здоровья у когорты пожилых людей. *«Эти процессы сопровождаются не только огромными финансовыми затратами, но и, что еще тяжелее для общества, ростом так называемого ко-*

*эффициента демографической нагрузки — отношения числа иждивенцев к числу работающих, — пишут дальше авторы доклада, — на уход за тяжело больными отвлекается все большая доля работоспособного населения»*. Демографическая нагрузка на трудоспособное население складывается из нагрузки детьми и пожилыми людьми. Демографическая нагрузка за счет пожилых действительно возрастает, но за счет детей — снижается. В итоге общая демографическая нагрузка для России за последние тридцать лет практически не увеличилась. Еще в пресс-релизе UN/ECE (Экономической комиссии ООН для Европы) от 8 декабря 1999 г. было заявлено, что нет необходимости путать нынешних работающих историями о том, смогут ли они позволить себе стареть. Так что, катастрофические последствия старения населения для российской экономики в целом — и здравоохранения в частности — авторами сообщения преувеличены.

Отметив, что человечество готовится к этой ситуации и существует программа ООН по старению, где предусматривается целый ряд серьезных мер по решению этой проблемы, тем не менее, *«эта программа носит некоторый оттенок пассивности»*, — журит ООН докладчик. К счастью, *«есть и другая, активная позиция Человечества (именно так, с заглавной буквы!), которая, к сожалению, не нашла пока отражения в программе ООН»*. Это, конечно, точка зрения авторов доклада, предлагающих *«сосредоточить усилия и средства на задаче снижения доли функционально неполноценных людей в обществе при той же возрастной структуре»*.

Заметим, что мировое сообщество не смотрит пассивно на складывающуюся демографическую ситуацию. Именно благодаря усилиям Программы по старению ООН и Международной ассоциации геронтологии (МАГ) в последние годы прошлого века начала разрабатываться Программа исследований ООН по старению в XXI столетии (Andrews et al., 2001), к разработке которой в качестве экспертов были привлечены ведущие ученые и специалисты разных стран, в том числе и России. Эта программа легла в основу Мадридского международного плана действий, принятого на Всемирной ассамблее ООН по старению в 2002 г. (Сидоренко и др., 2006).

Прежде чем поведать человечеству о том, что ему нужно делать, В.Н. Крутько пугает его системным кризисом здравоохранения, а чтобы успокоить немного — намечает пути преодоления этого кризиса (именно так и называется второй раздел доклада). Утверждается, что *«суть кризиса заключается в неуклонном снижении темпов роста продолжительности жизни человека»*. Далее сообщается: *«Проведенный нами анализ фундаментальных причин данного кризиса показывает, что к концу второго тысячелетия, благодаря социально-экономическому развитию, в целом, и прогрессу здравоохранения, в частности, человек приблизился к своему биологическому пределу средней продолжительности жизни, равному 85 годам для женщин и 79 — для мужчин. В настоящее время наблюдается асимптотическое приближение к данному пределу...»*. На самом деле, кризиса не существует, а есть проблема увеличения затрат общества. Не обсуждая саму величину возможного предела ожидаемой продолжительности жизни человека (геронтологи полагают, что она составляет 110–120 лет), заметим, что снижение темпов роста ожидаемой продолжительности жизни при приближении к видовому пределу не представляется необычным или «кризисным», а вот поставленная авторами задача «преодоления данного предела» (т. е. видового предела ожидаемой продолжительности жизни человека) относится скорее к области фантастики (ненаучной).

Для преодоления указанного предела средней продолжительности жизни авторы доклада предлагают использовать *«новый класс медицинских технологий — технологий профилактики естественного старения»*. При этом *«естественное старение они считают «необходимым рассматривать не как данную богом неизменную норму, а как сверхболезнь, как генеральный фактор риска основных хронических заболеваний и смерти человека»*.

Следует отметить, что поиск средств предупреждения преждевременного старения (геронпротекторов) является, действительно, одним из приоритетных направлений в современной геронтологии, которым занимаются многие исследователи в разных странах, в том числе и России. Однако, насколько нам известно, достигну-

ты лишь частные успехи в замедлении старения у животных (Анисимов, 2003). Геронпротекторы, перспективные для применения у человека, изучаются (Коркушко и соавт., 2002), но о создании «технологии профилактики естественного старения человека» говорить в настоящее время явно преждевременно из-за большого количества спорных вопросов.

Один из крупнейших современных геронтологов Л. Хейфлик (Hayflick, 2004) полагает, что многие проблемы геронтологии и гериатрии происходят из-за отсутствия точного понимания различий между тремя феноменами, определяющими продолжительность жизни, а именно: собственно старением, ассоциированными с возрастом болезнями и факторами, определяющими долголетие. Он указывает, что, в отличие от любой болезни, возрастные изменения наблюдаются у *всех* многоклеточных организмов, которые к моменту полового созревания достигают вполне определенного размера.

Можно привести сотни легко узнаваемых проявлений старения, лишь небольшая доля которых может рассматриваться как патология или болезнь и нуждается в лечении. Среди них поседение волос, морщинистость кожи, увеличение время реакции, потеря кратковременной памяти, ослабление силы рукопожатия, дальность зрения, глухота и др.

По мнению Хейфлика, различие между старением и ассоциированными с возрастом болезнями еще недостаточно осознается, приводя к разделяемому многими мнению, что выяснение причин тех или иных возрастных заболеваний будет способствовать лучшему пониманию фундаментальных механизмов старения. На самом деле, это далеко не так.

Тем не менее, авторы доклада, не сомневающиеся в том, что старение — это сверхболезнь, заявляют, что владеют ключом к активному долголетию, который не был ранее известен: *«Профилактика старения как новое направление медицинской науки и практики»* (так называется третий раздел доклада). Чтобы у читателя не возникло сомнений в их праве на приоритет, в докладе подчеркивается, что *«по науковедческим законам действительно новое направление науки должно характеризоваться своим уникальным Предметом, Методом и Понятием истины»*.

Затем для непосвященных дается расшифровка, а именно: «Для Профилактики старения — это:

**Предмет** — совокупность процессов естественного (нормального) старения живого организма (а как же основополагающее утверждение авторов доклада, что естественное старение не неизменная норма, а сверхболезнь?)

**Метод** — совокупность уникальных профилактических методик, технологий и средств сдерживания и обращения вспять процессов естественного старения (геропротекторов, ревитализаторов). (Об уникальности предлагаемых авторами методик обращения вспять старения — см. ниже).

**Понятие истины** — совокупность эффектов сдерживания процессов естественного старения организма, устанавливаемых с помощью специального доказательного базиса, включающего в себя, в частности, экспериментальную оценку кривых дожития и специальные математические методы анализа и прогноза. Базовым понятием здесь является биологический возраст. Непонятно, как авторы понимают истину, поскольку по параметрам кривой дожития популяции, состоящей из некоторого числа индивидов, можно оценить лишь популяционное старение. Предлагаемая система оценки биологического возраста ориентирована на индивидуальные характеристики, а обоснование формулы для вычисления «индивидуального биологического возраста» проводится на популяционных данных.

Затем приводятся «Базовые определения в данной области»:

**Старение** — это снижение с возрастом упорядоченности структур организма и увеличение степени их износа, выражающееся в уменьшении жизнеспособности организма — в снижении функциональных возможностей и способностей к адаптации, а также в повышении вероятности заболеваний и смерти от различных причин. Все-таки, если старение — сверхболезнь, то как оно повышает вероятность заболеваний?

**Биологический возраст** — это показатель уровня развития, изменения или износа структуры или функции элемента организма, функциональной системы или организма в целом, выраженный в единицах времени, путем соотношения значений определяющих

эти процессы — биомаркеров старения с эталонными среднестатистическими зависимостями изменений этих биомаркеров от календарного возраста. Посмотрим, как определяют биологический возраст профессиональные геронтологи. О.В. Коркушко и соавт. (2002) пишут, что в соответствии с точкой зрения, что биологический возраст представляет собой степень возрастных изменений биологических возможностей организма на каждом этапе онтогенеза, биологический возраст определяют как длительность предстоящей жизни или вероятность смерти в определенный период.

**Биомаркер старения** — это «биологическое событие» или величина биологической пробы, которое представляет собой оценку или прогноз одного или более процессов старения». Заметим, что в геронтологии под биомаркерами старения обычно понимают «биологический параметр организма, который либо один, либо в сочетании с другими параметрами в отсутствие болезни лучше предсказывает функциональную способность в некотором отдаленном возрасте, чем хронологический возраст» (Baker, Sprott, 1988). Так как же В.Н. Крутько с соавторами предполагают оценивать величину биологической пробы в отсутствие болезни, если старение — сверхболезнь?

Затем докладчик переходит к изложению собственных результатов в данной области. Прежде всего, говорится о системной теории старения. Констатируя, что «современная геронтология накопила к настоящему времени огромный потенциал экспериментальных данных, обобщенных в виде самых различных теорий старения, авторы заявляют, что ими была предпринята попытка построить некий единый концептуальный базис и математический формализм (именно так у авторов!), позволяющий взглянуть с единой точки зрения на разные теории старения, т. е. создать некую системную теорию старения. Данная теория опирается на фундаментальные законы природы и представления о базисных механизмах функционирования живых организмов. Результаты этой работы представлены в монографии (Донцов В.И., Крутько В.Н., Подколзин А.А. Фундаментальные механизмы геропротектики. М: 2002). Эту монографию мы будем иметь возможность процитировать ниже.

Непонятно, на какой основе сформулированы положенные в основу теории следующие **«базисные законы природы»:**

- Закон возрастание энтропии в не полностью открытых системах — один из базисных законов Вселенной, справедливый как для живой, так и для неживой природы;
- Законы системологии. Механизм борьбы с хаосом и расширения спектра адаптационных стратегий организма путем системной интеграции специализированных элементов. (Хотелось бы узнать, не увеличивается ли степень хаоса при системной интеграции специализированных структур, как это, например, происходит в отечественной бюрократии?). Старение — это дезинтеграция организма как системы (а также, напомним, — сверхболезнь!)
- Жизнь — это совокупность активных процессов и взаимодействий, неразрывно связанных с процессами износа и повреждений (Это также справедливо для машин и механизмов). (А как же бессмертное «Жизнь — это форма существования белковых тел»? У машин и механизмов, видимо, своя жизнь, о которой доктор технических наук В.Н. Крутько знает больше биологов и медиков).
- Жизнь — это совокупность процессов с КПД < 100%. Отсюда — «отходы производства», сцепленные с технологическим процессом. Из этого «базисного закона» следует, что любая мастерская или завод — это живой организм, тогда как безотходное производство — удел неживых (или нежизнеспособных?) фабрик.

Познакомив членов Президиума РАН с базисными законами природы, докладчик выводит из этих законов следствия, которые предлагает «использовать в качестве рекомендаций по геропротекции, например: **«Закон возрастание энтропии в не полностью открытых системах».** Это — возрастание хаоса, деформация и разрушение упорядоченности структур организма на всех уровнях, сопровождающееся ухудшением качества их функционирования» (так у авторов!), а затем формулирует «вытекающие из этого закона общие механизмы геропротекции:

1) Увеличение открытости, нормализация афферентных и эфферентных потоков ве-

щества и энергии. Еще древние говорили — «что такое здоровье? — это нормальное введение веществ в организм и нормальное выведение веществ из него» (как говорил ослик Иа-Иа, опуская лопнувший шарик в подаренный Винни-Пухом горшочек: «Входит и... выходит...»). Теперь мы знаем, что это формула здоровья, основанная на «базисном законе» природы!);

2) Поддержка процессов коррекции измененных структур (ДНК-репаразы), либо замены структур, пришедших в негодность, на новые нормальные (апоптоз, пересадки) (биологи и медики по наивности думали, что апоптоз — это запрограммированная клеточная гибель клетки, однако теперь знаем, что это замена пришедших в негодность деталей машин, то бишь структур, на новые).

Затем нас знакомят с механизмами геропротекции, основанной на второй важной группе законов — системологических.

Здесь докладчик, видимо, опасаясь быть неправильно понятым в среде неспециалистов по системологии, решил о ней «сказать несколько слов отдельно». Нам объясняют, что «В физике и химии познать явление — это описать его с помощью точных математических формул, которые являются обобщением и кристаллизацией эмпирических данных, в строгой конкретной форме выражающие законы природы. (В каждом законе столько истины, сколько в нем математики)» (что-то лишь в четвертом открытом авторами доклада «базисном законе природы» нам привиделась математика: КПД < 100%!).

«Но в биологии, где объектом познания является органически целостная система со сложной структурой, сложность которой определяется развитыми обратными связями — эквивалентом математической формулы, выражающей законы физики, доверительно сообщает нам докладчик, — является имитационная модель системы... В своем стремлении познавать природу глубоко, но узко человек дошел до самого дна (так у авторов!) — расшифровал свой собственный геном, и теперь мы знаем (следует полагать, что знают авторы доклада) строение всей совокупности молекул, составляющих живой организм, но управлять организмом мы пока не можем. (А как же созданный авторами на основе 4 ба-

зисных законов природы новый класс медицинских технологий профилактики естественного старения — сверхболезни?).

Но об этом позже, пока же нам сообщают, что «также была создана **«Общая теория здоровья»**, представляющая собой попытку создания единого формализма, описывающего основные законы нормы и патологии, сформулированные классиками медицины (наверное, имеются в виду 4 базисных закона природы, сформулированные авторами). *Здесь были построена и исследована математическая модель функциональной гармонии, представляющая организм в виде совокупности взаимодействующих функциональных систем, каждая из которых обеспечивает своими функциями как другие системы, так и внешние потребности организма, а также модели компенсации и адаптации*. Просто и понятно, и не несколько раньше, а значительно раньше, чем «аналогичные концептуальные и модельные представления получили активное развитие школой Ведущего геронтолога Великобритании Томаса Керквуда». Я хорошо знаком с Томом Керквудом и его работами, и смею утверждать, что удостоенный авторами почетного звания Ведущего геронтолога Великобритании (можно добавить, и Европы, поскольку Т. Керквуд — председатель секции биологии старения Европейского отделения Международной ассоциации геронтологии и гериатрии) никогда не претендовал на приоритет в разработке «Общей теории здоровья» и построении математической модели функциональной гармонии.

Далее в докладе нам с завидной скромностью сообщают, что «на основе данной теории получены классификации типов старения, синдромов старения и ведущих механизмов старения. Все это положено в основу разработанной авторами системной технологии профилактики старения».

«Вперед, читатель!» — как говаривал М.А. Булгаков. Сейчас мы познакомимся с самым сокровенным знанием наших героев — **«Системной технологией профилактики старения»**. В докладе читаем:

*«Авторами разработана как общая схема данной технологии, так и ряд ее важных составных элементов:*

- *Системная теория старения, Общая теория здоровья. Математические основа-*

*ния геронтологии. Обобщение мировых данных по геропротектированию.*

- *Доказательный базис эффективности геропротекторов и возможности их массового применения.*
- *Методология диагностики и профилактики старения.*
- *Семейство компьютерных систем для здоровья и долголетия, для диагностики и профилактики старения».*

Подчеркивается, что «Принципиальная новизна технологии заключается в ориентации на диагностику и коррекцию не конкретных болезней, а глубинных процессов износа и истощения функциональных резервов организма в ходе нормальной жизнедеятельности, происходящих и в абсолютно здоровом теле». (Не сочтите занудством: если старение — сверхболезнь, то стареет ли абсолютно здоровое тело?).

С присущей им скромностью авторы заявляют, что «технология превосходит имеющиеся зарубежные аналоги решения данной задачи: 1 — в общей методологии (авторская разработка системной теории старения) (ну, кто это оспорит!); 2 — в алгоритме диагностики (возможность определения как интегрального биологического возраста, так и парциальных возрастов отдельных систем организма и расчета ожидаемой продолжительности жизни) (заметим, что в сводке Л.М. Белозеровой (1999) упомянуто более 20 методов определения биологического возраста, еще больше их в книге американского геронтолога У. Дина (Dean, 1986), всего же существует более 40 таких методик, что свидетельствует об отсутствии единого подхода к измерению биологического возраста. Так что знай наших!); 3 — в методологии выбора и применения конфигурации средств сдерживания старения (используется интегральная технология одновременного воздействия на основные процессы старения различных уровней). (Вот с этим, действительно, не поспоришь!)

Отметим, что «одной из центральных проблем геропротектирования является разработка точных количественных методов диагностики процессов, связанных со старением, позволяющих дифференцированно подходить к индивидуальной профилактике старения», а также что «важной задачей является также



автоматизация и информационная поддержка сложного комплексного процесса формирования и дальнейшего сопровождения схемы индивидуальной профилактики старения, для решения данных задач авторами разработан нижеописанный комплекс компьютерных систем». Здесь авторов в очередной раз постигла удача. Как сообщает в своем докладе В. Крутько, «первоначально данный комплекс был предназначен для использования в области геронтологии, однако в силу универсальности заложенных в нем подходов комплекс может с успехом применяться для широкого спектра задач оценки и коррекции состояния здоровья человека». Есть все основания полагать, что автор снова поскромничал: исходя из открытых им с коллегами 4 «базисных законов» природы, этот комплекс наверняка с успехом может быть использован для оценки и коррекции любых систем и механизмов с КПД < 100%.

Далее в докладе кратко характеризуются возможности созданных авторами компьютерных систем «Диагностика старения: биовозраст», «Профилактика старения», «Система оценки психической работоспособности», «Питание для здоровья и долголетия».

В принципе, несложно сделать компьютерную систему с красивым интерфейсом, базой данных, выдачей бланков, форм, отчетов, графиков, да еще и с выходом в Интернет и с использованием мультимедиа, но тем большая ответственность ложится на математические модели и принципы, заложенные в алгоритмах диагностики и выработки рекомендаций. Эти модели и принципы могут быть произвольными, а могут быть и научно обоснованными. Вот как раз научной обоснованности методике, представленной В.Н. Крутько, не хватает.

Вместе с тем авторы доклада утверждают, что «разработанная технология позволяет практически ставить задачу радикального продления периода активной жизни человека. Дальнейшее масштабное развитие данного научного направления и широкое практическое внедрение ожидаемых результатов может обеспечить реализация разработанной НГЦ (Национальным Геронтологическим центром) целевой программы «Геропротекторы» (средства сдерживания старения). Основной целью данной программы является экспериментальная отработка дозо-времен-

ных схем применения и композиций геропротекторов, дающих максимальный доказанный эффект увеличения ОПЖ (ожидаемой продолжительности жизни)». Интересно, как реально в эксперименте на людях собираются авторы «отрабатывать» схемы применения геропротекторов? Дать одну дозу, посмотреть ОПЖ (пока не умер, но почему тогда ожидаемую?), затем назначили пациенту другую дозу (подбор же индивидуальный) и т. д. И сколько лет ожидать результата – 20, 50 лет или больше?

Утверждается, что разработанные авторами средства и методы позволяют достичь данной цели с минимальными затратами времени и средств, а осуществление этой программы может дать следующий ряд значительных эффектов. Видимо, за недостатком времени в докладе не приведены конкретные рекомендации по предупреждению преждевременного старения. Здесь уместно будет обратиться к упомянутой выше монографии «Фундаментальные механизмы геропротектики», в которой эти рекомендации занимают основное место.

Среди них – международные протоколы, включающие 12 рекомендаций, почерпнутых, видимо, из рекламных журналов типа «Life Extension» (ни одной конкретной ссылки читатель не обнаружит). Весьма схематично изложен «Комплексный метод профилактики старения Национального Геронтологического Центра», в котором перечислены лишь общие декларации и подходы, дан перечень некоторых лекарственных средств и БАД, которые, по мнению авторов, могут быть использованы для омоложения и биоактивации, различные диеты. При этом подчеркивается, что «в целом, помогают **любые** диеты», а о БАД авторы восторженно пишут (стр. 283): «феномен БАД – это феномен нового мира, феномен будущего, новая пища новых людей в новом мире и не замечать этого явления больше невозможно».

Авторы собираются научить «визуализировать» получаемую из организма на подсознательном уровне информацию о состоянии внутренних систем, «осознавая ее в виде светового потока (так как происходящие в организме процессы – именно поток, постоянно изменяющийся во времени)». Далее читаем (стр. 427): «Проецируя затем представление светового потока на области тела или, отвлеченно, на определенные процессы в нем, удастся:

а) *Воспринимать информацию об интенсивности этих процессов (яркость света) и их общем качестве — благополучие обычно ассоциируется с чистым и прозрачным светом, участки, плохо контролируемые или имеющие функциональные расстройства и заболевания, воспринимаются как темные пятна. Используя цветовую гамму, удастся (именно так у авторов!) еще более детализировать картину, напоминающую экран цветного томографа или тепловизора (да и зачем вообще тратиться на дорогостоящую технику!).*

б) *Используя обратные связи и представление о промывании световым потоком темных мест, удастся увеличить уровень обмена веществ в них и ликвидировать хронические процессы и заболевания» (конец цитаты).*

«Умри, Денис, лучше не скажешь!». Действительно, зачем усилия науки и медицины — следует просто промыть светом поток темных мест и ликвидировать все заболевания, а заодно и науку, следуя рекомендации авторов «лучше начинать упражнения ранним утром, особенно весной»...

Пожалуй, на этом можно было бы поставить точку. Подведем некоторые итоги. Доклад содержит такое количество ошибок, некорректных положений, непроверенных и необоснованных рекомендаций, которое редко найдешь в даже не претендующих на «научность» конференциях по медицине анти-старения. Прикрываясь высоким авторитетом учреждений, в которых трудятся авторы доклада (а это Институт системного анализа РАН, Московская медицинская академия им. И.М. Сеченова, Московский государственный медико-стоматологический университет), присвоив своему «некоммерческому партнерству» весьма обязывающий титул «Национальный Геронтологический Центр», авторы доклада предлагают Президиуму РАН поддержать инициативу по реализации разработанной ими целевой программы «Геропротекторы» и обратиться в Правительство России с просьбой выделить необходимые средства на ее выполнение.

Такие неквалифицированные выступления могут лишь скомпрометировать работы в области профилактики преждевременного старения. Несомненно, что эта общественно и социально важная проблема требует широкого научного обсуждения и привлечения специалистов в этой

области. В принятой Второй Всемирной ассамблеей ООН по проблемам старения (2002 г., Мадрид) «Программе ООН по исследованиям старения в XXI столетии» (Andrews et al., 2001) подчеркивается, что поскольку ожидаемая при рождении продолжительность жизни во всем мире увеличивается, новой задачей исследований становится обеспечение того, чтобы дополнительные годы жизни были активными, здоровыми и продуктивными. Лучшее понимание базисных механизмов старения и факторов долголетия, а также ассоциированных с возрастом болезней имеет фундаментальное значение для реализации полного потенциала здорового старения. Биомедицинские приоритеты в этих направлениях, как определено Программой, состоят в следующем:

- Определение и уточнение того, что включает в себя понятие «здорового старения».
- Изучение взаимосвязей между генетическими и биологическими маркерами, средой и поведением.
- Понимание механизмов, лежащих в основе старения как такового, а также заболеваний, связанных со старением, и заболеваний, которые им сопутствуют или являются вторичными, а также механизмов инвалидизации.
- Разработка стратегии профилактики и эффективного лечения различных болезней, свойственных пожилым (в частности, долгожителям) в разных географических и социально-экономических условиях, при разных видах профессиональной деятельности и т. п.
- Изучение траекторий основных болезней старения на протяжении всей жизни, их эпидемиологии и значения для постарения населения в различных условиях.
- Международные программы оценки эффективности и безопасности фармакологического вмешательства в процесс старения.
- Идентификация биомаркеров старения человека.
- Исследования биомедицинских, социальных и экономических факторов долголетия и последствий увеличения продолжительности жизни, включая изучение столетних жителей.
- Включение пожилых людей в протоколы лечения или обслуживания, которые могут быть им полезны.

Поступила 22.06.2006



УДК 612.67: 364.44

## ИДЕОЛОГО-ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

**В.М. Васильчиков**

*Российский государственный социальный университет, Москва*

*Ключевые слова: социальная защита населения, социально-медицинское обслуживание, пожилые люди, интеграция*  
*Key words: social care of population, social-medical care, elderly people, integration*

Проблема организации социально-медицинского обслуживания пожилых людей — многоплановая, непосредственно связанная с общей и социальной геронтологией, гериатрией, демографией, теорией и методологией социальной работы. Успешное разрешение ее зависит не только от наличия определенного научного потенциала в этих областях, но и от результатов внедрения в практику опыта, накопленного органами и учреждениями социальной защиты населения и здравоохранения, общественными объединени-

ями, занимающимися оказанием социально-медицинских услуг гражданам пожилого возраста, а также уровня их интеграции.

Несмотря на актуальность указанной проблемы, публикаций по организации социально-медицинского обслуживания пожилых людей в нестационарных, полустационарных и стационарных условиях пока еще недостаточно. Это в определенной степени связано и с отсутствием четкой идеологии функционирования социальных учреждений, оказывающих социаль-

но-медицинские услуги, и с использованием по сути в одних и тех же ситуациях различной терминологии, и с противоречивостью существующей правовой базы.

В большинстве современных словарей и энциклопедических изданий таких понятий, как «социально-медицинское обслуживание», «социально-медицинские услуги» и «медико-социальная помощь», найти не удастся. Хотя эти понятия и близки друг другу так же, как «услуги» — удобства, предоставляемые кому-нибудь, и «помощь» — содействие кому-нибудь в чем-нибудь, участие в чем-нибудь, приносящее облегчение, но все-таки разные. «Обслуживание» же включает в себя совокупность услуг. Не вносит ясности в рассматриваемую терминологию, а скорее еще больше запутывает ее и российское законодательство.

Так, в «Основах законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан», утвержденных Верховным Советом Российской Федерации 22 июля 1993 г. за № 5487-1, фигурирует понятие «медико-социальная помощь», доступность которой названа в числе основных принципов охраны здоровья граждан (статья 2).

А в соответствии со статьей 20 указанных Основ граждане при заболевании, утрате трудоспособности и в иных случаях имеют право на медико-социальную помощь, которая включает в себя профилактическую, лечебно-диагностическую, реабилитационную, протезно-ортопедическую и зубопротезную помощь, а также меры социального характера по уходу за больными, нетрудоспособными и инвалидами. Согласно этой же статье, медико-социальная помощь оказывается медицинскими и социальными работниками, иными специалистами в учреждениях государственной, муниципальной и частной системы здравоохранения, а также в учреждениях системы социальной защиты населения.

Законом РСФСР «О медицинском страховании граждан в Российской Федерации» от 28 июня 1991 г. № 1499-1 медицинское страхование определяется как форма социальной защиты населения в охране здоровья. Понятие «медико-социальная помощь» в этом законодательном акте не применяется, зато используется понятие «медицинские услуги». Медицинское страхование гарантирует гражданам при воз-

никновении страхового случая получение медицинской помощи в рамках базовой программы, в перечень контингентов которой включены граждане пожилого возраста, независимо от места их проживания (в жилищном фонде различных форм собственности), т. е. дома или в учреждениях социального обслуживания.

В отношении терминологии Закон Российской Федерации «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» от 2 июля 1992 г. № 3185-1, непосредственно касающийся деятельности психоневрологических учреждений системы социальной защиты населения и проживающих в них больных людей, вообще не использует такие понятия, как «медико-социальная помощь» и «социально-медицинское обслуживание».

Смещение терминологии в социальную сторону обнаруживается в законах, принятых позже названных выше законодательных актов. Так, в статье 12 Федерального закона «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» от 2 августа 1995 г. № 122-ФЗ прописаны права граждан пожилого возраста и инвалидов, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, в части оказания ухода, первичной медико-санитарной и стоматологической помощи. В этой же статье есть позиция, касающаяся социально-медицинской реабилитации.

Социально-медицинское обслуживание на дому выделено в отдельную статью 18, согласно которой оно осуществляется специализированными отделениями.

Государство гарантирует гражданам пожилого возраста и инвалидам возможность получения социальных, в том числе социально-медицинских, услуг (независимо от каких-либо обстоятельств). Они включаются в перечни гарантированных государством социальных услуг, которые теперь, при фактическом упразднении федерального перечня в соответствии с Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ (так называемым законом о монетизации), должны утверждаться только региональными органами исполнительной власти с учетом потребностей населения.

Федеральный закон «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федера-

ции» от 10 декабря 1995 г. № 195-ФЗ — один из числа последних законодательных актов по рассматриваемой проблеме — вместо унификации применяемой терминологии, наряду с «социально-медицинскими услугами», ввел еще одно дополнительное понятие: «социально-медицинское обеспечение жизнедеятельности» (статья 13).

Вопреки ожиданиям, разработанные и принятые 6 национальных стандартов социального обслуживания населения не устранили эту неразбериху в терминологии. Мало того, они сами оказались в двусмысленном, нелегитимном положении, так как, согласно уже упоминавшемуся Закону от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ, в настоящее время установление государственных стандартов социального обслуживания — прерогатива исключительно субъектов Российской Федерации.

В практической же деятельности учреждений социального обслуживания различные понятия продолжают применяться, исходя из принципа первичности тех или иных действий. Если преобладает медицинская сторона в работе учреждения, то используется понятие «медико-социальная помощь», а если социальная — «социально-медицинские услуги» («социально-медицинское обслуживание»).

В системе здравоохранения в случае оказания помощи по социальным показаниям используется только одно понятие — «медико-социальная помощь».

Рассмотрение социально-медицинского обслуживания пожилых людей следует начать с организации деятельности нестационарной социальной службы, охватывающей достаточно большой массив нуждающегося в помощи контингента.

На этапе ее становления в системе социальной защиты населения (конец 80-х годов прошлого столетия) поддержка пожилых людей ограничивалась предоставлением им преимущественно социально-бытовых услуг. В последующем, с нарастанием финансово-экономических проблем в системе здравоохранения и Российском обществе Красного Креста, вопросы надомного медицинского ухода за пожилыми людьми в большинстве регионов страны постепенно стали передаваться органам и учреждениям социальной защиты населения.

Отправным моментом создания сети социально-медицинских подразделений нестационарного типа явилось утверждение Минсоцзащиты России в 1993 г. Примерного положения о Центре социального обслуживания и в следующем году — Примерного положения об отделении специализированной помощи на дому. В 1995 г. это направление деятельности органов и учреждений системы социальной защиты населения было закреплено в законодательном порядке (федеральные законы «О социальном обслуживании граждан пожилого возраста и инвалидов» и «Об основах социального обслуживания населения в Российской Федерации»).

На названные отделения были возложены функции по оказанию на дому социально-медицинских услуг гражданам пожилого возраста и инвалидам, страдающим психическими расстройствами (в стадии ремиссии), туберкулезом (за исключением активной формы) и тяжелыми заболеваниями (в том числе онкологическими) в поздних стадиях. Кроме того, надомным специализированным отделениям, помимо предоставления социально-медицинских услуг клиентам, вменялось в обязанности обучение их родственников практическим навыкам общего ухода за больными.

Однако несмотря на наличие необходимой правовой базы, темпы развития сети специализированных подразделений в 1993–1996 гг. оставались крайне низкими, отдельного учета по ним не велось. По существу, активное формирование сети нестационарных отделений социально-медицинского обслуживания (ОСМО) началось во второй половине 90-х годов. Этому способствовало принятие Минтрудом России соответствующих постановлений: от 8 июля 1997 г. № 36 «Об утверждении Примерного положения о Центре социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов» и от 27 июля 1999 г. № 32 «Об утверждении Методических рекомендаций по организации деятельности государственного (муниципального) учреждения «Комплексный центр социального обслуживания населения», в которых нашли подробное отражение функции ОСМО.

Надомная форма социально-медицинского обслуживания оказалась вполне приемлемой для пожилых людей при предоставлении им социаль-

Динамика основных показателей в организации социально-медицинского обслуживания на дому за 1997–2005 гг.

Показатели социально-медицинского обслуживания на дому	Годы								
	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Число отделений	632	849	1007	1192	1370	1524	1647	1759	1908
Прирост числа отделений	–	217	158	185	178	154	123	112	149
Численность обслуженных лиц, тыс. чел.	41,6	57,9	80,6	128,3	150,9	129,2	128,7	135,1	148,6
Численность лиц, ожидающих своей очереди на обслуживание, тыс. чел.	–	–	–	20,4	20,1	24,6	25,5	21,1	17,8
Доля неудовлетворенного спроса на услуги, %	–	–	–	13,7	11,8	16,0	19,8	13,5	10,7
Доля социально-медицинских услуг в структуре надомного обслуживания, %	3,9	5,3	7,1	10,7	12,0	10,5	10,3	10,6	11,5

ной помощи, а в организационном и экономическом плане – еще и наиболее эффективной.

Как правило, деятельность отделений реализуется через Центр социального обслуживания или Комплексный центр социального обслуживания, а там, где их нет, – через органы социальной защиты населения.

Основные показатели развития сети и деятельности отделений социально-медицинского обслуживания с начала статистического наблюдения за этими структурными подразделениями представлены в табл. 1.

Данные табл. 1 свидетельствуют о росте отделений (за анализируемый период – в 3 раза), хотя темпы их прироста в последние годы стали невысокими по сравнению с 1998–2001 гг.

Но надомные отделения, предоставляющие дифференцированные медицинские и иные услуги, развиваются все же гораздо активнее, чем отделения социального обслуживания на дому.

Количество лиц, обслуженных ОСМО, в общей численности обслуженных всеми надомными отделениями, за период статистического наблюдения постоянно возрастала до 2001 г. включительно (12%). В последующие годы этот показатель ухудшился и пока еще не вернулся к достигнутому ранее уровню.

Несмотря на положительную динамику в развитии сети специализированных надомных отделений, потребность в них удовлетворяется далеко не полностью. Численность потенциальных клиентов, состоящих на учете и ожидающих своей очереди для принятия на обслуживание, в последние годы остается весьма значительной, а доля неудовлетворенного спроса (заявленной

потребности) на социально-медицинские услуги за все годы наблюдения фиксировалась на высоком уровне (10,7–19,8%).

Следует также отметить, что сеть отделений в субъектах Российской Федерации регионах развивается крайне неравномерно. Конечно, в определенной степени это зависит от численности пожилых людей, проживающих в конкретном регионе, их доли в структуре населения и от состояния здоровья старшего поколения, т. е. в конечном счете от нуждаемости в социально-медицинском обслуживании.

При определении нуждаемости пожилых людей в надомных социально-медицинских услугах не следует опираться только на цифры заявленной и выявленной потребности. И то, и другое положение не отражают истинного положения дел, так как первое зависит исключительно от самооценки пожилого человека (оценки окружающих его людей) степени нуждаемости в медицинском уходе, а второе – от идеологии и уровня организации в деятельности социальных служб, а также их финансирования.

При правильной организации социальной работы с населением и достаточном финансировании системы социальной защиты выявленная потребность в социально-медицинских услугах всегда будет в 1,5–2,5 раза выше заявленной.

Если же прибегнуть к расчетам потребности пожилых людей в социально-медицинских услугах, используя коэффициенты одиночества и «прикованности» к постели, то научно обоснованная потребность пожилого населения в надомных социально-медицинских услугах будет еще выше. В результате можно утверждать, что

истинная (т. е. научно обоснованная) потребность пожилых людей в этих услугах на сегодняшний день вряд ли удовлетворяется более чем на 30%.

Кардинальное решение указанной проблемы возможно лишь при планомерном и существенном расширении специализированной сети (возможно, за счет перепрофилирования неспециализированных отделений) и доведении доли социально-медицинских услуг в общей массе домашних услуг в ближайшие годы в целом по стране до 15–20%, а в более отдаленной перспективе – до 25–30%. Для этого требуются прежде всего подготовленные медицинские кадры и наличие соответствующих лицензий на медицинскую деятельность.

В связи с различными условиями оплаты труда медицинских работников в системах здравоохранения и социальной защиты населения во многих регионах руководителям социальных служб не удается привести сеть ОСМО в соответствие с потребностями пожилого населения.

Тем не менее по состоянию на 01.01.2006 г. в специализированных отделениях работало 10,4 тыс. медицинских сестер, что в 5 с лишним раз больше, чем в Службе милосердия Российского общества Красного Креста, десятки лет традиционно занимающейся патронажем нуждающихся в уходе пожилых людей.

Что касается лицензирования медицинской деятельности нестационарных служб, то чаще всего получение соответствующей лицензии зависит не от решения кадрового вопроса, а от состояния материально-технической базы учреждения социального обслуживания. Так, например, по этой причине большинство (78%) государственных нестационарных учреждений социального обслуживания Московской области, осуществляющих медицинскую деятельность, не имеют на нее лицензии.

Планомерное обеспечение пожилых людей в полном объеме социально-медицинскими услугами на дому сняло бы ряд проблем, связанных с необходимостью их госпитализации и помещения в стационарные учреждения социального обслуживания.

На сегодня следует отметить, что сеть отделений социально-медицинского обслуживания развивается все же скорее стихийно, чем планомерно.

На 01.01.2006 г. явное лидерство в ее развитии, как и в предыдущие годы, сохранил за собой Краснодарский край – 199 отделений (10,4% от их числа по стране). Это значительно больше, чем в некоторых федеральных округах, даже вместе взятых: например, в Уральском федеральном округе функционируют 128 таких социальных служб, а в Дальневосточном – всего 30. Интенсивно развивается данный вид домашнего обслуживания в Саратовской области, где работают 129 отделений. Несколько «скромнее», но все же довольно неплохо сформировалась специализированная сеть в республиках Дагестан (83) и Татарстан (73), Нижегородской (97), Московской (96) и Омской (86) областях, а также в г. Москве (86) и Санкт-Петербурге (77 отделений).

Однако в 16 субъектах Российской Федерации, в том числе достаточно крупных и развитых (республики Мордовия и Марий Эл, Ульяновская, Магаданская и Сахалинская области), а также в ряде республик Северного Кавказа и автономных округов таких отделений нет вообще.

Доля пожилых людей, получивших в 2005 г. домашние социально-медицинские услуги, в общей численности обслуженных на дому по федеральным округам и регионам тоже различна.

В Уральском федеральном округе, несмотря на относительно небольшое число специализированных домашних отделений, доля социально-медицинских услуг пожилым людям составила 20,6%, в Сибирском – 16,6% и в Северо-Западном – 16%.

Можно выделить ряд субъектов Российской Федерации, где данный показатель оказался выше 20 (Республика Бурятия – 21,3; Красноярский край – 21,2; Курганская, Московская, Калининградская, Пермская, Ленинградская и Свердловская области, Ямало-Ненецкий и Ханты-Мансийский автономные округа (соответственно 20,1; 21,3; 21,7; 21,9; 22,2; 29,2; 28,2 и 29,8), 30 (Республика Дагестан – 31,9; Вологодская область – 36,8) и даже 50 процентов (Эвенкийский автономный округ – 54,9; Томская область – 69,9). А в Ненецком автономном округе все предоставленные на дому услуги были только социально-медицинскими.

В 2001–2005 гг. в ряде регионов происходило сокращение числа специализированных отде-

лений. Только в 2005 г. оно зафиксировано в 16 субъектах Российской Федерации. Среди них наиболее существенная отрицательная динамика отмечена в Московской и Оренбургской областях (число отделений уменьшилось на 11 в каждой), Республике Хакасия (на 8), в Ленинградской и Тюменской областях (на 6 и 5 соответственно).

В определенной степени это можно объяснить более или менее достаточным развитием специализированных отделений и удовлетворением потребности пожилых людей в надомном социально-медицинском обслуживании в некоторых из указанных регионов (в частности, в Московской, Оренбургской и Ленинградской областях).

Основная же причина сокращения сети ОСМО в ряде субъектов Российской Федерации кроется в дефиците бюджетных средств (особенно это было характерно для того периода, когда надомные структуры находились в ведении муниципальных органов власти и соответственно ими финансировались), компенсировать который в регионах пытаются путем внедрения системы обслуживания за плату, доходы от чего идут на расширение и укрепление сети подразделений, а также материальную поддержку социальных и медицинских работников.

Введение платы за услуги нередко ведет к отказу пожилых людей от социального обслуживания, что, кстати, является одной из причин сокращения числа специализированных отделений.

В последнее время численность пожилых людей, обслуживаемых ОСМО за плату, растет, и по стране в 2005 г. она составила 43,5% (2004 г. — 36), в том числе, на основе частичной оплаты — 76,1% (2004 г. — 74,4). Но в некоторых регионах показатель обслуживания пожилых людей специализированными отделениями за плату уже достиг или почти достиг предельного значения (Белгородская область и Усть-Ордынский Бурятский автономный округ — 100%, Саратовская область — 95,9%, Читинская область 91%).

В то же время такие регионы, как Чеченская Республика, Республика Саха (Якутия), Калужская и Томская области, г. Москва, Ненецкий, Чукотский, Эвенкийский и Ямало-Ненецкий автономные округа, вообще не прибегают к

взиманию платы за надомное социально-медицинское обслуживание пожилых людей.

В организации обслуживания на дому серьезной проблемой остается возможность предоставления социально-медицинских услуг пожилым людям, проживающим в сельской местности, прежде всего в отдаленных и малонаселенных деревнях. При этом следует отметить, что ряд традиционно сельскохозяйственных территорий (Республика Адыгея, Удмуртская Республика, Волгоградская, Костромская и некоторые другие области) при наличии в своих регионах отделений социально-медицинского обслуживания вообще не обеспечивают пожилых селян данным видом услуг. Для того чтобы хоть как-то компенсировать отсутствие постоянного социально-медицинского обслуживания пожилых людей, проживающих в малых и отдаленных населенных пунктах, необходимо создавать мобильные социальные службы с врачом или фельдшером в их составе. Эта выстраданная жизнью инновационная технология является перспективной для сельской местности, и она уже довольно активно внедряется в ряде субъектов Российской Федерации (Краснодарский край, Кировская, Курганская, Оренбургская и другие области). Такие службы, объезжая населенные пункты по строго фиксированному графику, не только заменяют надомное обслуживание, но и в какой-то степени выполняют функции полустационарных структур и подразделений срочного социального обслуживания.

Следует отметить, что в совместной практической деятельности медицинских сестер и социальных работников в рамках ОСМО, даже при вполне удовлетворительной организации их работы, отсутствует системный подход к реабилитации обслуживаемых пожилых граждан.

Системный, интегрированный подход к оказанию надомных социально-медицинских услуг пожилым людям можно наблюдать в организации деятельности инновационной службы «хоспис на дому».

Первая такая служба в России была создана в 1996 г. в структуре Управления социальной защиты населения администрации г. Дубны Московской области для оказания помощи онкологическим больным и их семьям. Но в настоящее время помимо указанных больных помощь



в хосписе получают и пациенты (клиенты) с другими тяжелыми заболеваниями (инфаркт миокарда, инсульт, инсулинозависимый сахарный диабет) в терминальной стадии.

Персонал хосписа в г. Дубне составляют врач, 5 медицинских сестер, 2 специалиста по социальной работе и 2 младшие медицинские сестры.

Но несмотря на необходимую населению (в первую очередь пожилому) и несложную в организационном отношении технологию, хосписы на дому не получили широкого распространения в нашей стране. Аналогичные службы по примеру г. Дубны были созданы еще в ряде муниципальных образований Московской области (гг. Ивантеевка, Чехов, Клин) и всего лишь в трех других субъектах Российской Федерации (Краснодарский край, Новосибирская область и Республика Татарстан).

На процесс создания хосписов на дому оказывают влияние не только ведомственные барьеры, но и то, что во многих регионах сами работники социальных служб не видят особой разницы между ними и ОСМО.

Практика организации домашних хосписных служб показала, что от их деятельности пользу получают все: инкурабельные больные — медицинскую помощь в виде симптоматического лечения и комплекса социальных услуг, оставаясь в привычных домашних условиях; члены семей клиентов — возможность выйти на работу и тем самым обеспечить себя необходимыми для существования средствами; лечебно-профилактические учреждения — возможность не занимать больничные койки пациентами для ухода. К последнему можно добавить и то, что с системы здравоохранения снимается еще часть проблем: уменьшаются число вызовов «скорой помощи» к инкурабельным больным и число обращений к врачам-специалистам поликлиник.

Налицо, конечно, и экономические факторы: снижение себестоимости услуг и достижение удовлетворения потребности в социально-медицинских услугах при минимальных затратах.

Но при проведении реформы системы социального обслуживания населения хосписы на дому, организованные на стыке двух систем (социальной защиты населения и здравоохра-

нения), оказались на разных уровнях управления и, естественно, финансирования.

В результате функционировавший с 1998 по 2005 г. хоспис на дому в г. Краснодаре при ликвидации муниципального сектора социального обслуживания был закрыт руководством социальной службы как структура, не вписывающаяся в номенклатуру учреждений (отделений) государственной системы социальной защиты населения. Но, к сожалению, взамен ликвидированной в системе социальной защиты населения хосписной структуры в городской системе здравоохранения ничего подобного не было создано.

Действительно, хосписы входят в номенклатуру учреждений здравоохранения (приказ Минздравсоцразвития России от 7 октября 2005 г. № 627 «Об утверждении единой номенклатуры государственных и муниципальных учреждений здравоохранения»), но их в стране чрезвычайно мало и надомные функции они, как правило, не выполняют, так как относятся к больничным учреждениям.

А в национальном стандарте Российской Федерации ГОСТ Р 52498—2005 «Социальное обслуживание населения. Классификация учреждений социального обслуживания» хосписы отсутствуют. Нет их и в государственной социальной статистике.

И хотя сейчас обе системы находятся в ведении одного министерства, вопросы интеграции надомного хосписного обслуживания населения на федеральном уровне даже не рассматриваются.

В целях разрешения сложившейся ситуации, на мой взгляд, было бы более правильным официально признать хосписы на дому и в дальнейшем именовать их специализированными отделениями социально-медицинского обслуживания (если кажется, что слово «хоспис» не вписывается в систему социальной защиты населения). За последними же было бы оправданным оставить прежнее название, но только без прилагательного «специализированные», так как они все равно по факту оказывают не специализированную, а элементарную доврачебную помощь.

Как показали исследования, проведенные в Ивановской области, наиболее востребованными пожилыми людьми социально-медицинскими услугами на дому являются измерение арте-

риального давления и температуры тела, постановка горчичников и банок (39,6%). Далее: санитарно-просветительная работа с клиентами, их родственниками – 17,9; санитарно-гигиенические услуги – 10,8; приобретение и доставка лекарственных средств и изделий медицинского назначения – 7,2; взаимодействие с территориальными лечебно-профилактическими учреждениями, сопровождение в учреждения здравоохранения, посещение клиентов в стационаре – 4,1%. На долю таких медицинских процедур, как инъекции, перевязки и компрессы, вместе взятых, выпало менее 7%.

При этой вполне реальной трансформации надо будет только четко разграничить функции специализированных и неспециализированных отделений социально-медицинского обслуживания, а также предусмотреть для них дифференцированное штатное обеспечение.

Для полустационарных структур социально-медицинские функции сводятся всего к нескольким пунктам: содействие в получении медико-психологической помощи, оказание санитарно-гигиенических услуг, организация лечебно-оздоровительных мероприятий и содействие в проведении реабилитационных (медицинских, социальных) мероприятий.

Все эти мероприятия применительно к гражданам пожилого возраста осуществляются преимущественно отделениями дневного пребывания, отделениями временного проживания и социально-реабилитационными отделениями, которые, как правило, функционируют при центрах социального обслуживания граждан пожилого возраста и инвалидов и комплексных центрах социального обслуживания населения.

Но еще далеко не все центры и комплексные центры социального обслуживания имеют указанные структурные подразделения: отделения дневного пребывания развернуты в 1169 центрах (57,7%), временного проживания – в 707 (34,9%), а социально-реабилитационные – в 448 (22,1%).

Динамика развития их сети с 2000 г. (с начала статистического наблюдения за социально-реабилитационными отделениями) представлена в табл. 2.

На фоне нестабильности в развитии сети отделений временного и дневного проживания ак-

тивной становится деятельность социально-реабилитационных. Хотя темпы прироста их и не очень высоки, численность обслуживаемых ими клиентов растет весьма заметно и в 2005 г. достигла 267,1 тыс. человек (по сравнению с 2000 г. увеличилась в 3,3 раза). Если учесть, что и отделения дневного пребывания, и социально-реабилитационные отделения выполняют в чем-то пересекающиеся реабилитационные функции, то нетрудно сделать предположение о начале процесса трансформации отделений дневного проживания в социально-реабилитационные, по крайней мере в ряде прогрессивных регионов.

Достаточно активно развивают подобные полустационарные структуры в Центральном, Приволжском, Южном и Сибирском федеральных округах.

Тем не менее, в 12 субъектах Российской Федерации пока нет ни одного дневного, а в 25 – ни одного отделения временного проживания.

Вероятно, в тех регионах, где есть отделения временного проживания, в ближайшей перспективе необходимо будет пересматривать их правовой статус, так как они фактически выполняют не полустационарные, а стационарные функции. вполне реальный выход – перевод отделений временного проживания в статус отделений или филиалов стационарного учреждения социального обслуживания (такие процессы уже

Таблица 2

Динамика развития сети полустационарных подразделений центров и комплексных центров за 2000–2005 гг.

Подразделение	Годы					
	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Число ОДП	1069	1150	1183	1169	1185	1151
Число мест в ОДП	29080	31046	32370	31694	32084	31141
Число ОВП	596	696	684	707	710	716
Число мест в ОВП	12904	14793	14443	15207	14981	15384
Число СРО	326	397	427	448	482	482
Число мест в СРО	7192	8019	7218	7291	7798	8012

Примечание. ОДП – отделения дневного проживания, ОВП – отделения временного проживания, СРО – социально-реабилитационные отделения.

имеют место быть, в частности, в Тюменской области). В правовом отношении это не представляет сейчас особого труда, так как, в соответствии с измененным законодательством по социальному обслуживанию, все социальные службы, включая центры социального обслуживания, стали находиться в ведении субъектов Российской Федерации.

Самые молодые структурные подразделения полустационарного социального обслуживания – социально-реабилитационные отделения – развиваются в регионах очень неравномерно. Их относительно много в Ростовской (50) и Новосибирской (42) областях, г. Москве (44), Саратовской (28) и Московской (25) областях, г. Санкт-Петербурге (26) и Республике Татарстан (25) и совсем нет – в 40 регионах. Возможно, это связано с тем, что идеология данных отделений пока до конца не отработана, а функции их четко не определены.

С каждым годом все более видное место в структуре геронтологической службы занимают социально-оздоровительные центры или, как их называют в ряде регионов, социально-реабилитационные центры, которые по статистической отчетности почему-то «проходят» вместе с полустационарными подразделениями (форма № 6-обес), хотя по роду своей деятельности они больше похожи на стационарные санаторно-курортные учреждения. Базой для них чаще всего становятся бывшие санатории-профилактории, дома отдыха, пансионаты и пионерские лагеря, которые по разным причинам прекратили свою деятельность, а их помещения были переданы в систему социальной защиты населения.

По набору предоставляемых услуг эти учреждения весьма отличаются друг от друга. Некоторые из них работают как обычные дома отдыха или пансионаты, отличаясь от последних только контингентом отдыхающих, состоящим преимущественно из малообеспеченных пожилых людей. Другие же, наоборот, по набору реабилитационных (социальных и медицинских) услуг ничем не уступают высококлассным санаториям.

По состоянию на 01.01.2006 г. в стране функционировало 53 социально-оздоровительных центра (2002 г. – 74). Такое существенное сокращение их числа можно объяснить только отсутствием четкой правовой и методологичес-

кой базы по организации деятельности учреждений подобного типа, а также сложностями, возникшими при лицензировании.

Сумели сохранить свои позиции в развитии сети социально-оздоровительных центров практически только два субъекта Российской Федерации: Краснодарский край (9) и Московская область (5). Большинство же регионов (63) таких центров пока еще не создало.

В стационарных учреждениях социального обслуживания медицинская помощь силами собственных медработников начала оказываться с 1934 г.

Надо отметить, что в деятельности стационарных учреждений социального обслуживания по организации предоставления услуг пожилым людям, по крайней мере за последние 10 лет, практически ничего не изменилось. Правда, чисто формально поменялся их статус с медико-социального на социально-медицинский, но медицинская помощь как была, так и осталась преобладающей над другими видами услуг. И это связано не столько с состоянием здоровья клиентов и их установками на обязательное получение каких-либо медицинских процедур, сколько со штатным и кадровым обеспечением стационарных социальных служб.

А в основных штатных расписаниях стационарных учреждений социального обслуживания всех типов из имеющихся 219 574 должностей 129 576 (59% от общего штата) предусмотрены для медицинского персонала и лишь 1659 (0,76% от общего штата) – для социальных работников.

Должности других специалистов социального профиля (специалисты по социальной работе, психологи и логопеды) вообще не предусмотрены в основных штатных расписаниях и имеются в очень ограниченном количестве (97, 94 и 18 соответственно). Не предусмотрены штатными расписаниями и введены сверх них, но тоже в весьма небольшом количестве, должности специалистов, оказывающих оздоровительные (реабилитационные) услуги (врачи ЛФК – 7, инструкторы ЛФК – 97 и медицинские сестры по массажу – 110). И это все на 1543 стационарных учреждения социального обслуживания, функционирующие в России, из которых 87,9 процента обслуживают пожилых людей.

Понятно, что при таком штатном раскладе стационарные учреждения в ближайшее время вряд ли станут преимущественно социальными. К тому же не позволит это осуществить и отношение к социальным учреждениям со стороны системы здравоохранения, амбулаторно-поликлинические учреждения которой более чем формально подходят к обследованию пациентов при оформлении их на проживание в дома-интернаты, и стали все чаще и чаще уклоняться от оказания медицинской помощи проживающим в стационарных учреждениях социального обслуживания, согласно территориальному принципу. Этому способствует и дискриминационный по отношению к пожилым людям и инвалидам приказ Минздравсоцразвития России от 22 марта 2006 г. № 188, которым предусмотрено проведение диспансеризации почему-то только работающим гражданам.

В результате преобладание в работе учреждений социального обслуживания и здравоохранения по оказанию медицинской помощи пожилым людям — будущим и настоящим клиентам стационарных учреждений — основательно разбалансировалась.

И это происходит при том, что определенная часть стационарных учреждений социального обслуживания, особенно малой вместимости, до настоящего времени не имеет лицензии на право заниматься медицинской деятельностью. Так, например, в Московской области лицензии имеют лишь 31,2% (50% — дома-интернаты общего типа, 63,6 — психоневрологические интернаты и 5,9 — дома-интернаты малой вместимости).

Но при этом изменения, внесенные Федеральным законом от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ в Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, окончательно освободили амбулаторно-поликлинические учреждения от обязанностей оказывать бесплатную специализированную медицинскую помощь клиентам стационарных учреждений.

Указанные изменения в законодательстве еще в большей степени вынуждают администрацию стационарных учреждений социального обслуживания «держаться» за медицинский персонал и даже расширять его штат, так как приглашение врачей узких специальностей на платной основе для проведения консультаций, профи-

лактических осмотров и, тем более, диспансеризации вряд ли будет осуществимо, прежде всего, из-за отсутствия соответствующих потребностям учреждений средств в их бюджетах.

Одной из основных тенденций последнего десятилетия в развитии стационарных учреждений социального обслуживания является создание специализированных стационарных учреждений — геронтологических (геронтопсихиатрических) центров и домов-интернатов милосердия для престарелых и инвалидов.

Развитие сети учреждений новых типов происходит, к сожалению, очень медленными темпами, и прежде всего потому, что отсутствует четкая, ясная и понятная всем идеология их функционирования. Не ощущая серьезной поддержки в методологическом плане со стороны федерального центра, руководители территориальных органов социальной защиты населения не торопятся создавать специализированные учреждения, предпочитая, в случае необходимости, открывать геронтологические (чаще геронтопсихиатрические) отделения и отделения милосердия в уже существующих учреждениях. По данным статистической отчетности за 2005 г., таких подразделений насчитывается соответственно 40 и 1318.

Следует отметить, что дома-интернаты (отделения) милосердия для престарелых и инвалидов системы социальной защиты населения по своим функциям мало чем отличаются от домов (больниц) сестринского ухода системы здравоохранения. В этом вопросе, как, впрочем, и во многих других, рассмотренных в данной статье, не прослеживаются интеграционные процессы.

Пока многие государственные и муниципальные учреждения разных систем в большинстве субъектов Российской Федерации функционируют лишь благодаря договоренности региональных органов здравоохранения и органов социальной защиты населения, а их совместная деятельность не регулируется какими-либо нормативными правовыми документами.

Но несмотря на это, в ряде регионов (Республика Дагестан, г. Санкт-Петербург, Астраханская, Московская, Самарская, Ульяновская, Ярославская и другие области) процессы интеграции, в части оказания социальной и медицин-

ской помощи пожилым людям все же развиваются весьма активно.

Вместе с тем даже в прогрессивных в плане интеграции регионах пока еще существует значительное количество в определенной степени дублирующих друг друга структур, оказывающих пожилым людям услуги социально-медицинской (медико-социальной) направленности.

С учетом произошедшего объединения отвечающих за организацию социально-медицинской (медико-социальной) помощи пожилым людям федеральных ведомств было бы весьма своевременным и правильным разрешить указанных проблем на федеральном и региональном уровнях усилиями Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации. А для того чтобы добиться положительного результата, названное министерство одновременно должно выступать и в качестве идеологического центра, и в качестве координирующей деятельности всех заинтересованных структур органа.

При этом важно пересмотреть не только принципы взаимодействия учреждений социального обслуживания пожилых людей с учреждениями здравоохранения, но и, в первую очередь, осуществить определенные изменения в организации социально-медицинского обслуживания граждан пожилого возраста внутри самой системы социальной защиты населения, о чем, частично отмечалось выше.

Объединение ведомств должно подтолкнуть организаторов социальной защиты населения и здравоохранения к устранению дублирования функций надомными отделениями социально-медицинского обслуживания и отделениями медико-социальной помощи амбулаторно-поликлинических учреждений путем создания какой-то унифицированной структуры, скорее всего, в системе социальной защиты населения. Хотя возможен и другой вариант. Одновременно необходимо отработать и вопросы обеспечения преемственности при госпитализации клиентов надомной социально-медицинской службы в

стационарные учреждения системы здравоохранения, в том числе и в хосписы.

Требуют правового урегулирования вопросы взаимодействия полустационарных структур, предоставляющих социально-медицинские услуги пожилым людям, с лечебно-профилактическими учреждениями и органами здравоохранения, включая вопросы лицензирования медицинской деятельности.

Еще больше вопросов накопилось в части дублирования функций стационарными учреждениями социальной защиты населения и здравоохранения по уходу за лицами преклонного возраста. Устранение дублирования позволило бы не только сконцентрировать материальные и кадровые ресурсы, но и выработать единую методологию оказания социально-медицинских услуг (медико-социальной помощи) пожилым людям, нуждающимся в стационарном уходе.

Все предлагаемые изменения возможны лишь при серьезном пересмотре правовой базы, и в первую очередь, законодательства об охране здоровья граждан и социальном обслуживании населения, так как действующие в этой сфере законы носят сугубо ведомственный характер и преследуют не столько интересы пожилых людей, сколько интересы разработавших их в свое время ведомств.

Оптимальный выход из сложившейся ситуации – создание единой правовой базы по обеспечению охраны здоровья пожилых людей, которая не ограничивалась бы только организацией им медицинской помощи и социально-медицинских услуг. Она должна отражать с научных позиций и вопросы организации питания пожилых людей, их оздоровления и лекарственного обеспечения, без чего невозможно поддерживать здоровье хотя бы на удовлетворительном уровне и, в общем-то, говорить о повышении качества жизни представителей старшего поколения.

Поступила 24.12.2006

## ЛЕКЦИИ

УДК 616.8-008

## ДЕПРЕССИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

П.А. Воробьев, А.В. Власова

ММА им. И.М. Сеченова

*Ключевые слова: депрессия, пожилой возраст*  
*Key words: depression, aged*

Депрессия в пожилом возрасте — настолько распространенное состояние, что можно даже говорить об эпидемии сенильной депрессии. По данным ВОЗ, депрессивные симптомы имеют место у 40–45% пациентов преклонного возраста, обратившихся к врачу в связи с различными заболеваниями. Женщины страдают депрессией в 2 раза чаще, чем мужчины, распространенность депрессии гораздо выше среди инвалидов и социально ограниченных людей. Частота этого заболевания вдвое выше среди пациентов, находящихся в больницах и домах инвалидов. Депрессия отрицательно влияет на качество жизни, значительно углубляет инвалидизацию вследствие соматического заболевания и является основной причиной самоубийства среди лиц пожилого возраста, а по числу самоубийств наша страна занимает 2-е место в мире.

Несмотря на эффективные методы лечения, депрессия, особенно у пожилых, распознается редко и, как правило, плохо лечится. Вместе с тем имеет место и гипердиагностика депрессии с назначением фармакотерапии больным, в ней не нуждающимся. Следует четко отграничить (хотя это часто и не просто) обычную депрессию в бытовом понимании, которой называют практически любое плохое или подавленное, тоскливое настроение, — от заболевания.

**Тяжелая депрессия** (или клиническая депрессия) может вообще не сопровождаться плохим настроением, подавленностью или тоской — так называемая *депрессия без депрессии*, или *маскированная депрессия, соматизированная депрессия*. Для депрессии характерно ощущение

тягостного чувства внутренней пустоты и своей ненужности, оценка всего происходящего как малозначащего и неинтересного, человек уверен, что в будущем его ожидают одни неприятности. Очень часто депрессии сопутствует чувство тревоги. Обычно фаза депрессии сменяется фазой нормального настроения. Если описываемые симптомы длятся больше 2 недель и начинают мешать нормальной жизнедеятельности, социальному функционированию, то это повод заподозрить тяжелую депрессию или депрессивный синдром. Важен при постановке диагноза тяжелой депрессии тот факт, что симптомы заболевания у конкретного пациента нельзя объяснить или приписать другому психическому или соматическому заболеванию или состоянию, поскольку эти симптомы могут наблюдаться при различных психических и соматических заболеваниях и состояниях. В этих случаях депрессивное состояние является вторичным по отношению к основному заболеванию и его обозначают как *депрессивный синдром*.

**Легкой депрессией**, или *субдепрессией*, *субклинической депрессией* называется депрессивное состояние, не достигающее по тяжести или по формальным диагностическим критериям тяжелой депрессии — либо отсутствуют соответствующие симптомы, либо незначительна их выраженность, без существенного нарушения жизнедеятельности и социального функционирования.

Частота депрессивных состояний в пожилом возрасте нарастает в связи с заметным влиянием факта старения. Играть роль потеря работы

и социального положения с выходом на пенсию, нарастающая физическая немощь, трудности самообслуживания, сложности в общении вследствие не только выраженного ослабления зрения и слуха, но и непонимания молодым окружением, одиночество, болезни, а нередко инвалидизация супругов, смерть близких людей. Пожилые люди чрезмерно фиксируются на состоянии своего здоровья, часто беспочвенно: лишь 50% лиц пожилого возраста адекватно относятся к своему физическому состоянию, у 25% наблюдается переоценка тяжести состояния, причем она часто извращенная, ипохондрическая.

Кроме того, депрессия может быть ятрогенной. В табл. 1 приведен неполный перечень лекарственных препаратов, которые могут вызывать или усугублять депрессию.

Депрессия, особенно у пожилых, может быть вызвана и соматическими заболеваниями, что делает еще более трудной дифференциальную диагностику между собственно депрессией и депрессивным состоянием. К таким заболеваниям относятся

- Эндокринные, обменные заболевания, нарушения функций внутренних органов: гипо- и гипертиреоз, синдром Кушинга, В<sub>12</sub>-дефицитная анемия и дефицит фолиевой кислоты, почечная недостаточность, поражения печени (например, хронический гепатит), системная красная волчанка.
- Органическое поражение головного мозга: сосудистые заболевания головного мозга (в том числе инсульт), опухоли центральной не-

рвной системы, болезни Паркинсона, Альцгеймера.

- Опухоли (в том числе не диагностированные), например, поджелудочной железы, легких.
- Хронические инфекции (хронический пиелонефрит, опоясывающий герпес, бруцеллез).

Поскольку человеку, который сам не испытывал тяжелую депрессию или не сталкивался с ней достаточно близко, нелегко понять её серьёзность, он часто воспринимает её как просто «плохое настроение». Но тяжелая депрессия – это нечто гораздо большее, чем просто грусть. При депрессии отмечаются серьёзные изменения в биохимии мозга и общее снижение мозговой активности. Одно из последствий отсутствия понимания со стороны окружающих, в том числе врачей, состоит в том, что пациентов с депрессией часто критикуют за слабохарактерность и нежелание себе помочь. Но в самой природе депрессии так менять мысли и действия человека, что он становится неспособен что-либо сделать для улучшения своего состояния, полностью исчезает «воля к победе».

Развивается депрессия, как правило, медленно, хотя возможно и острое начало, чаще когда снижению настроения предшествует внезапная психическая травма или острое заболевание. Например, пожилая женщина, возвращаясь с прогулки с любимой внучкой, оступилась и ушибла колено, а придя домой, сочла себя ничемной и выпила стакан уксусной эссенции. Пожилым людям свойственно переживать тягостное чувство внутренней пустоты и своей ненужности. Все происходящее сегодня представляется малозначимым и неинтересным, а в будущем ожидаются одни неприятности. Беседа с такими людьми укрепляет догадку о расстройстве их настроения.

Очень часто депрессии сопутствует чувство тревоги. У пожилых больных чаще наблюдаются раздражительность, эмоциональная лабильность, угрюмость и реже – тоска. Им свойственны идеи ущерба и обнищания, ипохондрические, реже, чем у молодых, возникают идеи самообвинения и малоценности.

Тревога в сочетании со свойственным депрессии ощущением бессилия, беспомощности и бесперспективности, присущим старости сознанием ограниченности своих сил, зависимости от других, неуверенности в будущем порождает

Таблица 1

**Препараты, способные вызвать депрессивный синдром**

Препараты, используемые в общей практике	Препараты, используемые в неврологии и психиатрии
Сердечно-сосудистые средства: β-блокаторы, метилдофа, блокаторы кальциевых каналов (например, нифедипин), дигоксин	Противопаркинсонические средства: леводопа, амантадин, тетрабенезин
Кортикостероиды (преднизолон и др.)	Психотропные лекарственные препараты (могут вызывать клиническую картину, напоминающую депрессию): антипсихотические, бензодиазепины
Анальгетики: кодеин, опиоиды, ингибиторы ЦОГ-2 (например, целекоксиб)	

бред обнищания. Свойственные пожилым нарушения памяти создают условия для идей ущерба, обкрадывания. Повышенная ранимость и реагирование на незначительные внешние факторы обуславливают «малый размах», бытовой характер бредовых идей. Интенсивная бредовая симптоматика возможна при относительно легкой депрессии.

У пожилых людей с атеросклеротическими изменениями мозга депрессия протекает с картиной сосудистой деменции. Грубые нарушения памяти и интеллекта нередко делают невозможным продуктивный контакт с больным, что затрудняет выявление собственно депрессивной симптоматики и оценку ее роли в структуре синдрома. Лишь после спонтанного окончания депрессивной фазы или применения антидепрессантов обнаруживается, что деменция обратима. Однако при затяжной депрессии или частых повторных эпизодах в последующие светлые промежутки все больше проявляются изменения личности.

Нередко при поздней депрессии на первый план выступают жалобы на плохую память, дезориентацию, трудности в концентрации внимания. Однако при депрессии эти мнестико-интеллектуальные нарушения могут не быть признаком деменции и иметь обратимый характер. В состоянии депрессии человек может повредить себе социально, потеряв отношения с друзьями и близкими, профессионально (потеряв работу), финансово и даже физически (вплоть до самоубийства).

Депрессивные фазы в пожилом возрасте имеют тенденцию к затяжному течению и обычно хуже поддаются терапии. При поздней депрессии всегда присутствуют расстройства сна. При соматическом заболевании пожилому человеку его настроение может представляться обычным и вполне естественным, связанным с основным заболеванием: больные жалуются не столько на плохое настроение, сколько на болезненное самочувствие, а плохое настроение можно выявить только при целенаправленном расспросе или с помощью опросников. Родственники бывают удивлены, когда им сообщают, что такое настроение можно расценить, как психическое расстройство, а сами пациенты не допускают мысли о психологической помощи, и прием антидепрессантов они категорически отвергают.

Трудности диагностики депрессии связаны не только с чисто медицинскими проблемами. В соответствии с Законом РФ от 02.07.92 № 3185 «О психиатрической помощи и гарантиях прав граждан при ее оказании» и статьей 19 право на врачебную деятельность по оказанию психиатрической помощи имеет врач-психиатр, получивший высшее медицинское образование и подтвердивший свою квалификацию в порядке, установленном законодательством Российской Федерации. Специалисты и медицинский персонал, участвующие в оказании психиатрической помощи, должны в порядке, установленном законодательством Российской Федерации, пройти специальную подготовку и подтвердить свою квалификацию для допуска к работе с лицами, страдающими психическими расстройствами. Другими словами, установить диагноз и лечить больных с депрессией может только психиатр.

В реалиях нашей страны это означает, что большинство больных останутся без помощи вообще, так как число психиатров в России составляет около 3300 человек. В диспансере работает едва ли половина этого числа. Психиатры-консультанты физически не могут обеспечить консультацией всех нуждающихся. Кроме того, большинство пациентов в нашей стране не хотят идти к психиатру (стигматизация профессии, боязнь психиатров, сложившиеся исторически). И еще в соответствии с тем же Законом врач, направляющий пациента на консультацию к психиатру, должен взять с пациента письменное согласие на эту консультацию, дабы защитить себя от возможных последствий (есть прецедент, когда пациент, адвокат по профессии, после того, как ему была рекомендована такая консультация, прошел ее, после чего подал на врача, направившего его на консультацию, в суд, считая, что его репутация из-за факта консультации пострадала).

Выходом из сложившейся ситуации можно считать сотрудничество психиатра и врача первичного звена медицинской помощи. Возможный вариант решения проблемы: каждый пациент с депрессией должен быть проконсультирован психиатром, дальнейшую терапию может проводить терапевт (семейный врач) по назначению психиатра.

Диагностировать депрессивное расстройство помогают различные психометрические шкалы оценки депрессии. Одна из них — Шкала депрес-



сии пожилого и старческого возраста (Geriatric Depression Scale). Курсивом выделены ответы, характеризующие возможность депрессии.

1. В целом удовлетворены ли Вы своей жизнью? *Да/Нет*

2. Снизились ли Ваша жизненная активность и жизненный интерес? *Да/Нет*

3. В основном считаете ли Вы себя счастливым? *Да/Нет*

4. Для Вас предпочтительнее оставаться дома или заниматься чем-то вне дома? *Да/Нет*

5. Чувствуете ли Вы, что Ваша жизнь стала опустошенной? *Да/Нет*

6. Вы часто испытываете скуку? *Да/Нет*

7. Вы часто пребываете в хорошем расположении духа? *Да/Нет*

8. Испытываете ли Вы опасение, что с Вами может произойти что-то плохое? *Да/Нет*

9. Ощущаете ли Вы себя беспомощным? *Да/Нет*

10. Считаете ли Вы, что Ваша память хуже, чем у других? *Да/Нет*

11. Считаете ли Вы, что жить — это прекрасно? *Да/Нет*

12. Чувствуете ли Вы себя сейчас бесполезным? *Да/Нет*

13. Чувствуете ли Вы себя полным энергией и жизненной силой? *Да/Нет*

14. Ощущаете ли Вы безнадежность той ситуации, в которой находитесь в настоящее время? *Да/Нет*

15. Считаете ли Вы, что окружающие Вас люди живут более полноценной жизнью в сравнении с Вами? *Да/Нет*

Может быть использована также Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS). Опроснику предшествует инструкция, с которой должен ознакомиться пациент: «Ученые уверены в том, что эмоции играют важную роль в возникновении большинства заболеваний. Если Ваш доктор больше узнает о Ваших переживаниях, он сможет лучше помочь вам. Этот опросник разработан для того, чтобы помочь Вашему доктору понять, как Вы себя чувствуете. Не обращайте внимания на цифры и буквы, помещенные в левой части опросника. Прочитайте внимательно каждое утверждение и в пустой графе слева отметьте крестиком ответ, который в наибольшей степени соответствует тому, как Вы себя чувствовали на прошлой неделе. Не раздумывайте слишком долго над каждым утверж-

дением. Ваша первая реакция всегда будет более верной.

1. Я ИСПЫТЫВАЮ НАПРЯЖЕННОСТЬ, МНЕ НЕ ПО СЕБЕ

3 все время

2 часто

1 время от времени, иногда

0 совсем не испытываю

2. ТО, ЧТО ПРИНОСИЛО МНЕ БОЛЬШОЕ УДОВОЛЬСТВИЕ, И СЕЙЧАС ВЫЗЫВАЕТ У МЕНЯ ТАКОЕ ЖЕ ЧУВСТВО

0 определенно, это так

1 наверное, это так

2 лишь в очень малой степени это так

3 это совсем не так

3. Я ИСПЫТЫВАЮ СТРАХ, КАЖЕТСЯ, БУДТО ЧТО-ТО УЖАСНОЕ МОЖЕТ ВОТ-ВОТ СЛУЧИТЬСЯ

3 определенно, это так, и страх очень сильный

2 да, это так, но страх не очень сильный

1 иногда, но это меня не беспокоит

0 совсем не испытываю

4. Я СПОСОБЕН РАССМЕЯТЬСЯ И УВИДЕТЬ В ТОМ ИЛИ ИНОМ СОБЫТИИ СМЕШНОЕ

0 определенно, это так

1 наверно, это так

2 лишь в очень малой степени это так

3 совсем не способен

5. БЕСПОКОЙНЫЕ МЫСЛИ У МЕНЯ В ГОЛОВЕ

3 постоянно

2 большую часть времени

1 время от времени, и не так часто

0 только иногда

6. Я ИСПЫТЫВАЮ БОДРОСТЬ

3 совсем не испытываю

2 очень редко

1 иногда

0 практически все время

7. Я ЛЕГКО МОГУ СЕСТЬ И РАССЛАБИТЬСЯ

0 определенно, это так

1 наверное, это так

2 лишь изредка это так

3 совсем не могу

8. МНЕ КАЖЕТСЯ, ЧТО Я СТАЛ ВСЕ ДЕЛАТЬ ОЧЕНЬ МЕДЛЕННО

3 практически все время

2 часто

1 иногда

0 совсем нет

9. Я ИСПЫТЫВАЮ ВНУТРЕННЕЕ НАПРЯЖЕНИЕ ИЛИ ДРОЖЬ

0 совсем не испытываю

1 иногда

2 часто

3 очень часто

10. Я НЕ СЛЕЖУ ЗА СВОЕЙ ВНЕШНОСТЬЮ

3 определенно, это так

2 я не уделяю этому столько времени, сколько нужно

1 может быть, я стал меньше уделять этому внимания

0 я слежу за собой так же, как и раньше

11. Я ИСПЫТЫВАЮ НЕУСИДЧИВОСТЬ, СЛОВНО МНЕ ПОСТОЯННО НУЖНО ДВИГАТЬСЯ

3 определенно, это так

2 наверное, это так

1 лишь в некоторой степени это так

0 совсем не испытываю

12. Я СЧИТАЮ, ЧТО МОИ ДЕЛА (ЗАНЯТИЯ, УВЛЕЧЕНИЯ) МОГУТ ПРИНЕСТИ МНЕ ЧУВСТВО УДОВЛЕТВОРЕНИЯ

0 точно так же, как и обычно

1 да, но не в той степени как раньше

2 значительно меньше, чем обычно

3 совсем не считаю

13. У МЕНЯ БЫВАЕТ ВНЕЗАПНОЕ ЧУВСТВО ПАНИКИ

3 действительно, очень часто

2 довольно часто

1 не так уж часто

0 совсем не бывает

14. Я МОГУ ПОЛУЧИТЬ УДОВОЛЬСТВИЕ ОТ ХОРОШЕЙ КНИГИ, РАДИО- ИЛИ ТЕЛЕПРОГРАММЫ

0 часто

1 иногда

2 редко

3 очень редко

А ТЕПЕРЬ ПРОВЕРЬТЕ, ОТВЕТИЛИ ЛИ ВЫ НА ВСЕ ВОПРОСЫ»

Для расшифровки данных следует иметь в виду следующее: шкала составлена из 14 утверждений, имеющих 2 подшкалы: «тревога» (нечетные пункты 1, 3, 5, 7, 9, 11, 13) и «депрессия» (четные пункты 2, 4, 6, 8, 10, 12, 14). Каждому утверждению соответствуют 4 варианта ответа, отражающие градации выраженности признака и кодирующиеся по нарастанию тяжести симптома от 0 (отсутствие) до 3 (максимальная выраженность). При интерпретации

данных учитывается суммарный показатель по каждой подшкале, при этом выделяются 3 области значений: 0–7 – норма, 8–10 – субклинически выраженная тревога или депрессия, 11 и выше – клинически выраженная тревога или депрессия.

Несмотря на огромное значение шкал в выявлении и оценке депрессии, решающая роль в диагностике принадлежит психиатру.

Многие врачи, особенно первичного звена, рассматривают легкую депрессию у пожилых больных как естественную психологическую реакцию на старение и связанные с ним болезни или социальные факторы и поэтому не заслуживающую их внимания. Представляется этот взгляд не совсем правильным: пожилые больные с малой депрессией нуждаются в медицинской помощи. Другой вопрос, что, вероятно, это помощь в большинстве случаев должна быть немедикаментозной. Кроме того, поскольку часто в пожилом возрасте депрессия имеет соматогенный характер, необходимо искать ее причину, а найдя ее, максимально оптимизировать терапию основного заболевания.

В первую очередь важно помнить, что высказывание больным суицидальных мыслей – основание для экстренной консультации психиатра и перевода в психиатрический стационар. Судить о том, являются ли высказывания демонстративными, не представляется возможным (да и не всегда просто при личном осмотре пациента). По статистике 75% лиц, совершивших суицид, до его совершения высказывали такие намерения. Сегодня считается, что на демонстративные высказывания следует обращать не меньше внимания, чем на «истинные», т. к. демонстративная попытка суицида может кончиться также печально, и, в конечном счете, уже не важно, каковы были при этом намерения пациента.

Программа ВОЗ по депрессии для врачей-непсихиатров особенно подчеркивает, что, хотя пациенты старческого возраста реже говорят о суициде, они его относительно чаще совершают, более того, один из пиков суицида приходится на старческий возраст, причем риск выше особенно у пациентов с инвалидизирующими соматическими заболеваниями. Врач, подозревающий у больного депрессию, должен не стесняясь, напрямую задать вопрос о суицидальных мыслях у пациента!

Общение с больными депрессией требует особого внимания. Совершенно нецелесообразно

пытаться во что бы то ни стало вызвать у них хорошее настроение. Лечебные мероприятия должны направлять пациента на получение удовольствия. Необходимо поощрять пожилых людей устанавливать новые социальные отношения и восстанавливать старые, способствовать возрождению старых или формированию новых интересов, к домашней деятельности или даже к посещению церкви. Вопреки предубеждениям, возрастные изменения психики не снижают эффективности проводимой терапии. Поддержка и понимание облегчают страдание и переживание вины, помогают восстановить самоуважение.

Благотворное действие оказывает активное участие во взаимопомощи и жизни других людей. В некоторых странах существуют специальные программы взаимопомощи, когда старики работают фактически социальными работниками, оказывая помощь своим немощным сверстникам. Это помогает не только инвалиду получить более приемлемую ему по форме помощь, включая общие воспоминания и беседы на интересные обеим сторонам темы, но и активной стороне чувствовать свою полезность, нужность как конкретному подопечному, так и обществу в целом. В России примеры такого ухода реализуются в ряде программ благотворительных обществ. Очевидно, что развитие этого направления снизит условия для развития депрессий у пожилых.

Лечение депрессивного расстройства у лиц пожилого возраста должно быть комплексным, включающим, наряду с решением социальных проблем, физические и психологические методы. В идеале оно проводится с участием психотерапевта, медицинских сестер, социальных работников и специалистов в области терапии занятости, а также в случае необходимости диетологов, логопедов и ортопедов. Некоторые цели лечения и способы их достижения, принятые в мире, представлены в табл. 2.

В лечении депрессии лучше всего зарекомендовала себя когнитивно-поведенческая терапия, к тому же получены данные об эффективности этого метода у больных пожилого возраста. Однако в большинстве исследований применение когнитивно-поведенческой терапии рассматривалось у пациентов без когнитивных нарушений и со стабильным соматическим здоровьем, следовательно, ее эффективность за пределами этой группы полностью не установлена. В некрупных исследованиях и сообщениях об отдельных слу-

### Принципы лечения депрессии

Цель	Способ достижения цели
Снижение риска самоубийства или собственной запущенности	Оценивать риск и контролировать его (регулярно проверять). В неотложных случаях гарантировать немедленное направление (в службах первичного звена медицинской помощи и соматических отделениях) к специалисту
Полное устранение всех симптомов депрессии (резидуальные симптомы повышают риск хронического течения заболевания)	Обеспечивать соответствующее лечение (антидепрессанты, психотерапия). Своевременно просвещать пациента и поддерживающих его лиц, обеспечивающих уход за ним, относительно депрессии
Оптимизация процесса	Лечить сопутствующие соматические заболевания. Уделять внимание нарушению сенсорных органов. Облегчать доступ к соответствующим организациям, оказывающим помощь (наглядная информация)
Профилактика рецидива и обострения	Побуждать пациента принимать лекарственные препараты после выздоровления. Продолжать лечение в течение 12 мес после выздоровления. Проводить поддерживающее лечение, если оно показано

чаях заболевания указывается, что когнитивно-поведенческую терапию можно адаптировать для пациентов с физической дряхлостью и лиц с легкими когнитивными нарушениями, однако необходимы дополнительные исследования.

Межличностная психотерапия также эффективна в предотвращении рецидивов. Просветительская работа по вопросам психиатрии в этой возрастной группе также была весьма успешной. Например, в одном исследовании групповой курс обучения тому, как справляться с депрессией и тревогой, оказался эффективным в снижении показателей по шкале депрессии позднего возраста. Наконец, семейная терапия успешно адаптирована для лиц пожилого возраста, в том числе с депрессией, но данные контролируемых исследований относительно ее эффективности не публиковались.

В России пациентам пожилого возраста с депрессией редко предлагают психологические методы лечения. Изменение установок в обществе и повышение осведомленности, по-видимому, могут изменить такое положение дел. Из психотерапевтических методик чаще всего используется гипносуггестивная и когнитивная терапия. При психотерапевтической работе важно подчеркивать прошлые достижения и положитель-

ные взаимодействия, успокаивать и вселять надежду, не уставая повторять, что депрессия — это временное болезненное состояние и обязательно пройдет.

В крупном исследовании в службе первичного звена медицинской помощи пациентам пожилого возраста с депрессией предлагали выбрать метод лечения: 50% из них предпочли психологический метод, а не лекарственную терапию. Кроме того, появляются данные о том, что у лиц старшей возрастной группы с легкой или умеренно выраженной депрессией эффективность психологического вмешательства такая же, как и эффективность лекарственной терапии.

Социальные ограничения, обусловленные заболеванием, тесно связаны с депрессией позднего возраста. Поэтому такие социальные факторы, как доступность транспорта и сокращение преступности, в целом могут оказывать положительное влияние на снижение частоты депрессии. Как правило, одних психотерапевтических мероприятий при депрессии в пожилом возрасте бывает недостаточно. В этих случаях широко применяются психотропные препараты — антидепрессанты: селективные ингибиторы или стимуляторы обратного захвата серотонина и обратимые ингибиторы моноаминоксидазы, оказывающие минимальное побочное действие.

В 21 исследовании сравнивалась эффективность лекарственных препаратов и плацебо. В 9 плацебо-контролируемых исследованиях показано, что трициклические антидепрессанты снижали суммарный показатель выраженности депрессии в большей степени, чем плацебо. Препараты других групп были менее эффективны, чем плацебо (исключение составили антидепрессанты флуоксетин, тразодон и фенелзин). В целом антидепрессанты оказались не более эффективны, чем плацебо. В 17 исследованиях проводилась сравнительная оценка эффективности лекарственных препаратов разных групп, никаких различий между ними не выявлено. Эффективность ингибиторов обратного захвата серотонина и трициклических антидепрессантов оказалась одинаковой.

При назначении антидепрессантов пожилым лучше следовать совету «начинай с низкой дозы, отменяй постепенно».

Меньше проблем возникает с антидепрессантами нового поколения, для которых начальная и терапевтическая дозы идентичны. Однако в испытаниях по их изучению часто не включают

очень старых и очень дряхлых пациентов, поэтому наши знания о применении препаратов в пожилом возрасте неполные. Хотя не требуется подбирать дозы многих новых антидепрессантов для пожилых пациентов, нарушенные функции почек и печени у них вынуждают соблюдать осторожность при назначении любого антидепрессанта. Чтобы у пациентов молодого возраста появились признаки терапевтического эффекта, достаточно 4 недель, у пациентов пожилого возраста этот период чаще составляет 6–8 недель и дольше. Самое сложное — убедить пациента в необходимости приема антидепрессантов, ведь все они начинают действовать через несколько недель, а плохо пациенту сейчас и результат он ждет сейчас. Кроме того, у пожилых больных чаще развиваются побочные эффекты лекарственных препаратов.

Таким образом, при амбулаторном лечении пожилых больных с легкой или умеренной депрессией антидепрессанты более эффективны, чем плацебо, а рациональная психотерапия более эффективна, чем отсутствие всякого лечения.

Открытым остается вопрос о том, сколько времени продолжать поддерживающее лечение. Большинство врачей назначают непрерывное лечение пациента как минимум в течение года, а пациентам с тремя рецидивами и более большинство специалистов рекомендуют долгосрочное лечение. Как и в других возрастных группах, важно проводить поддерживающее лечение пациента лекарственными препаратами по той же схеме, которая привела его к ремиссии.

После эпизода депрессии примерно у 60% пациентов, получающих специализированную психиатрическую помощь, либо сохранялось хорошее самочувствие, либо возникали излечимые рецидивы. Примерно у 1 из 5 заболевание приобретает хронический характер. По данным метаанализа, максимум 1 из 5 пациентов с депрессией, лечившихся в соматических и хирургических отделениях, выздоравливал, причем низкие показатели диагностики и недостаточная эффективность лечения частично объясняют плохие результаты. Депрессия в пожилом возрасте ассоциируется с хроническим течением и высоким риском рецидива после наступления выздоровления. Среди страдающих депрессией пациентов пожилого возраста отмечается высокая смертность — в значительной степени из-за сопутствующих соматических заболеваний.

Поступила 10.01.2007

## ИСТОРИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА СТАРОСТИ

А.А. Смолькин

*Саратовский государственный технический университет*

*Ключевые слова: история позднего возраста, кросс-культурная геронтология, отношение к старости, межпоколенческие отношения*

*Key words: history of old age, cross-cultural gerontology, attitude to an old age, intergenerational attitudes*

В системе общественных отношений возраст выступает как не столько биологический феномен, сколько социально конструируемый. Именно социальная среда задает модели отношения к пожилым людям, предписывает им определенный социальный статус, ролевые наборы, регламентирует практику взаимодействия с другими людьми; их конкретное содержание обусловлено исторически сложившимися в культуре нормами и стереотипами. Вместе с тем сами культурные паттерны находятся в зависимости от макросоциальных процессов и могут быть существенно деформированы в результате кризисов/трансформаций различной природы — от экологических (истощение природных ресурсов) и социальных (модернизация, миграция) до культурных и политических (революция, война). Следовательно, при изучении отношения к старости следует учитывать содержание традиций в соотношении с конкретными историческими обстоятельствами.

По всей видимости, уважение к пожилым людям характерно уже с момента возникновения Homo Sapiens. Имеющиеся палеолитические находки свидетельствуют о заботливом отношении к старикам [18, s. 305]. В бесписьменных обществах пожилой человек как носитель наиболее масштабного жизненного опыта был главным хранителем знаний и священных традиций всего коллектива. Здесь пожилым людям нередко делегировались функции сакрального

характера — они могли выступать как посредники между живыми и мертвыми, быть врачами и/или колдунами; в некоторых племенах обязанность разжигать и поддерживать огонь лежит на пожилых женщинах [7, с. 79-80]. Смерть и старческое ослабление представлялись в первобытном обществе не естественным, а магическим явлением [4, с. 24-28]; в некоторых африканских племенах большое уважение к пожилому человеку вызывал уже тот факт, что он мог так долго противостоять воздействию враждебных магических сил [5, с. 429]. Допустимо предположить, что сама институционализация религиозной практики была результатом обобщения знаний старейших членов коллектива и придания им сакрального характера на основе их личного авторитета [11, с. 259].

Для многих традиционных обществ характерно наличие особого геронтократического института — совета старейшин, основными функциями которого являются воспроизводство социальных норм, коррекция социального поведения членов общества согласно традициям, иногда политическое лидерство. По всей видимости, в древности возраст, власть и магические способности понимались как взаимосвязанные явления, дифференцируясь лишь на относительно поздних этапах развития традиционного общества.

Социальные функции пожилых людей в доиндустриальных культурах были весьма широ-

ки — это передача жизненного опыта (имеющая особое значение при отсутствии/недоступности институтов образования), трудовых навыков (учитывая характерную для традиционных обществ профессиональную внутрисемейную преемственность, эта функция может считаться ключевой), руководство отправлением семейных культов (даже в обществах с развитым институтом религии), контроль над имуществом и членами семьи, ответственность за их действия, представление их интересов в общественной жизни и т. д.

При отсутствии институциональных форм поддержки нетрудоспособных по возрасту эти функции брала на себя семья или община; с появлением государства обязанность семьи заботиться о состарившихся, как правило, устанавливается законодательно. Во многих странах третьего мира подобная практика существует и сегодня, например, в конституции Филиппин забота о пожилых людях закреплена за членами их семьи (статья XV, раздел 4) [12, р. 113].

Отдельно следует сказать о встречающейся в традиционных обществах практике геронтицида (стимулирование смерти пожилых), порой воспринимаемой исследователями некритично и расцениваемой как убийство, в то время как такое истолкование, кажется, уместно далеко не всегда. Представления о жизни, смерти, загробном мире, душе, телесности и их взаимосвязях в подобных обществах существенно отличаются от современных. Например, для культуры, понимающей сердце как вместилище души, пересадка сердца понималась бы как убийство, а не как значительное достижение медицины, дающее возможность спасти человеческую жизнь.

Действительно, в некоторых традиционных культурах одряхлевших стариков могли воспринимать как «уже умерших» [17, р. 46] и умерщвлять. Не исключая «классических» объяснений, следует отметить, что подобные действия могут иметь такое же отношение к убийству, как современная практика эвтаназии, применяемая к неизлечимо больным, чья дальнейшая жизнь без страданий уже невозможна, т. е. к практически уже умершим в социальном смысле.

Как правило, процедура умерщвления старика осуществлялась с почестями и сопровождалась принесением ритуальных жертв, нередко с

последующим преобразованием места погребения в наследственную святыню [17, р. 46-47]. Процессом обычно руководил кто-то из близких родственников, чаще всего сын, т. е. продолжатель рода, наследующий социальный статус и воинскую удачу отца, с надеждой на сохранение которых, возможно, и связано умерщвление [теоретическое обоснование см. в: 8].

Для отдельных случаев возможно и более смелое истолкование — во многих традиционных культурах считалось, что значимые лица (вожди, знахари, отцы семейств, деятельные и уважаемые старики) после смерти не теряют своей значимости и могут помочь группе из мира мертвых [4, с. 54; 2, с. 18-19]. Следовательно, можно предположить, что некоторые наиболее уважаемые и авторитетные пожилые люди, особенно в кризисные для коллектива моменты, могли прибегнуть к суицидальному поведению, чтобы посодействовать соплеменникам из загробного мира обратить внимание предков на проблемы живых.

С усложнением социальной организации общества (урбанизация, возникновение вторичных групп, разложение общины) кровнородственные связи и/или авторитет возраста перестают быть ключевыми элементами, определяющими социальный статус индивида. Появляющееся с разрушением сословной организации общества разнообразие жизненных маршрутов позволяет смотреть на сегодняшнюю старость не как на модель собственного будущего, а лишь как на частный результат более или менее удачного выбора жизненной стратегии. В этом смысле справедливо утверждать, что чем более закрытым является общество, тем большую роль в его социальной организации играют принципы возрастной иерархии, поскольку «старость» и «реализованность» здесь практически синонимичны.

Общеизвестно, что для традиционных культур возраст не столько биологическая, сколько статусная характеристика [3, с. 64]; продвижение по статусно-возрастной лестнице здесь не предопределено числом прожитых лет, а происходит через обряды инициации и другие схожие социальные процедуры. Вместе с тем и в современном обществе по крайней мере два статусно-возрастных перехода оформлены законодательно — в совершеннолетие, подразумевающее воз-

возможность полноценного вступления в трудовую деятельность, и в пенсионный статус, предполагающий выход из официальной сферы занятости. Это связано с тем, что уже на ранних этапах индустриальной эпохи определяющим элементом социального статуса человека становится его экономическая функциональность, что в условиях фабричного/конвейерного производства неизбежно приводит к значительному снижению статуса ограниченно трудоспособных. Согласно теории структурированной зависимости, многие из проблем старения, с которыми мы сталкиваемся сегодня, сформированы капитализмом, воспроизводящим лишь пассивные формы зависимости; при этом старые люди понимаются как жертвы государства [19, р. 220]. Установка прочитывать возраст в терминах экономических возможностей, практически нивелируя все его прочие аспекты, характерна и для современных культур.

Согласно Д. Каугиллу, наиболее значительные изменения в социальном статусе пожилых людей являются следствием модернизации. Производство в модернизирующемся обществе, постоянно пополняясь новыми научными технологиями, не знакомыми пожилым работникам, вытесняет их на периферию занятости, в ее наименее престижные сферы с низкоквалифицированным трудом. Развитие медицинских технологий, увеличивающее продолжительность жизни, не только превращает старость в обычное явление, размывая ее уникальность и авторитет, но и увеличивает конкуренцию в экономике. Рост городов в модернизирующемся обществе обычно происходит за счет миграции сельской молодежи, в то время как пожилые люди остаются в деревнях, что увеличивает межпоколенческую дистанцию. Наконец, распространение грамотности и развитие институтов образования приводит к тому, что дети получают больше знаний, чем имеют их родители, тем самым приобретая более высокий социальный статус [13].

На мой взгляд, необходимо выделить по крайней мере два типа модернизирующихся обществ: культуры, где модернизация/индустриализация является частью их естественной эволюции (Европа, Северная Америка, Австралия и др.), и культуры, для которых характерна вы-

нужденная/догоняющая модернизация, обычно навязываемая государством/элитами.

В естественно модернизирующихся обществах уже может быть с большей или меньшей четкостью прослежен *мировоззренческий* конфликт поколений. Обычно он все же не принимает откровенно острых форм, так как изменения идут сравнительно медленно, и государство/общество успевает скорректировать или создать соответствующие социальные нормы и институты.

Следует отметить, что сами по себе межпоколенческие конфликты, понимаемые как *борьба за власть и контроль над ресурсами*, характерны для всех типов обществ и берут свое начало еще в животном мире. От конфликтов такого типа следует отличать *мировоззренческие* конфликты, характерные для периодов трансформации социальной системы, когда борьба идет не только и не столько с обладающими властью лидерами, сколько с их убеждениями и идеалами. В контексте отношения к пожилым людям эти моменты представляются принципиальными.

В искусственно модернизирующихся обществах возможно несколько вариантов развития событий: в культурах с развитыми традициями обычно имеет место более или менее эффективное противопоставление их ценностям модернизации (Азия, часть стран Африки, в первую очередь исламские государства); блюстителями традиций здесь нередко выступают советники старейшин. Тем не менее и здесь глобализация незаметно меняет ментальные структуры и ценности: например, хотя в современной Гане внуки продолжают относиться к своим бабушкам и дедушкам с уважением, сами старики сожалуют, что молодежь уже не приходит к ним за советом [20, р. 59, 60], поскольку в меняющемся мире их жизненный опыт теряет свою актуальность. Модернизация в странах третьего мира — это в первую очередь не экспорт новых технологий, а вторжение новых ценностей. В обществах, не имеющих развитых и устойчивых традиций, которые можно было бы противопоставить модернизации (слаборазвитые постколониальные страны с населением европейского происхождения, первобытные племена), меж-

поколенческие отношения могут отличаться большей остротой.

В культурах, вынужденных в силу тех или иных причин модернизироваться в краткие сроки (с помощью революции или иного способа изменения социально-экономической структуры общества, что, как правило, позиционируется властью как метод преодоления *отставания*), отношение к старшему поколению отличается особой напряженностью. Являясь силой, особенно активно противодействующей подобным изменениям ввиду как объективных (в новой ситуации пожилым людям сложнее воспользоваться ее преимуществами, в то время как отрицательные стороны изменений сказываются на них сильнее), так и субъективных причин (стремление к стабильности, критическое отношение к радикальным переменам и др.), пожилые люди ассоциируются с «негативным» прошлым, *отставанием*, преградой на пути модернизации. Для таких обществ характерно искусственное обесценивание социального опыта стариков, прямо или косвенно предписываемое властью; ориентация в развитии делается на новые поколения (например, политический лидер Турции Кемаль Ататюрк завещал судьбу государства именно молодежи, а не партии или нации [1, с. 179]), здесь пожилые люди представляются лишь утяжеляющими социальную структуру.

В наиболее радикальных вариантах речь может идти и о ссылке или даже физическом уничтожении представителей старшего поколения. В первые годы советской власти одним из ключевых направлений борьбы с традиционной организацией общественной жизни на Кавказе была нейтрализация влияния/авторитета пожилых людей, практически объявленных классовыми врагами; появился специальный термин «стариковство» [9, с. 85]. Несмотря на острую нехватку квалифицированных кадров по всей стране, интересы молодых рабочих прочно защищались [6, с. 41, 51], пожилые люди вытеснялись из сферы занятости.

Вместе с тем некоторые авторитетные исследователи утверждают, что изменение отношения к пожилым людям не может быть полностью объяснено модернизацией/индустриализацией, так как порой предшествует ей. Здесь

рост престижа молодости связан с демократизацией общественной жизни с присущими ей ценностями свободы и равенства, которые противостоят идее возрастной иерархии [15].

На мой взгляд, идею демократизации в этом контексте следует понимать максимально широко, относя ее ко всем формам общественной деятельности. Например, развитие научного знания в идеале предполагает приоритет экспериментально подтверждаемых истин над авторитетными высказываниями, в то время как в традиционных формах знания истина и авторитет слабо дифференцированы, и последний сам по себе может выступать решающим аргументом. Онаучивание мировосприятия приводит к десакрализации общественной жизни, антропоцентризму, росту внимания к телесности. Старость здесь оказывается скомпрометированной своей физической немощью, на которой теперь и фокусируется внимание: в эпоху Возрождения она словно становится символом зла, аллегорией безжалостного времени [19, р. 224], она «эстетически отталкивающая» [10, с. 22], христианская Европа начинает оправдывать эвтаназии и суицид пожилых [14, с. 18]. «Время церкви» сменяет «время часов», числа прекращают функционировать как источники символического значения [16, р. 39], разрушая сакральность возраста.

Подобные ментальные изменения по своим последствиям превосходят практически любые другие виды неблагоприятных внешних воздействий. В обществах, охваченных политическим кризисом, изменение социального статуса пожилых людей обычно относительно невелико, межпоколенческого раскола не происходит, и люди стремятся преодолеть тяжелые времена сообща. В военное время рецидивы насилия по отношению к старикам, возможно, и нередки, но воспринимаются как мародерство и непременно осуждаются, под негативной стороной старости понимается не консерватизм, а нетрудоспособность. В пожилых людях не перестают видеть полноправных членов общества, хотя сокращение государственной/общественной поддержки ставит их в тяжелое положение.

Напротив, в деформированных (со)обществах (следует выделить искусственные — тюрьмы, концлагеря и др., и естественные — напри-



мер, коллективы в экстремальных экологических условиях) как крайних случаях кризисных обществ, коллективная солидарность нередко разрушается (или не возникает), под угрозой оказываются практически все виды статусных иерархий. В силу социального состава (в искусственных сообществах) или неблагоприятных внешних факторов дискриминация пожилых людей здесь обычно имеет ярко выраженный характер – от вытеснения их как наименее конкурентоспособной группы на периферию социальной структуры до прямой агрессии по отношению к старикам и геронтицида.

Основную роль в ухудшении отношения к пожилым людям играет глубокое изменение/деформация ментальных структур, а не экономические или политические проблемы как таковые. Значительное изменение социального статуса старости наблюдается скорее в переходные, чем в кризисные эпохи, и является следствием распада общины, модернизации, демократизации общественной жизни. Здесь речь идет о потере авторитета и управляющих/контролирующих функций. В ситуациях нормативного кризиса низкий социальный статус пожилых людей связан главным образом с их физической неконкурентоспособностью.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Алексеев А.Г. «Молодежная политика» правящего класса Турции (1920-1980). Ближний и Средний Восток: экономика и история. М.: Наука; 1983. 179-193.
2. Андреев И.Л. «Заказное» самоубийство (ритуальный уход из жизни как социально-психологический феномен). Вопросы философии. 2000. 12: 14-34.
3. Ван Геннеп А. Обряды перехода: Систематическое изучение обрядов. Пер. с франц. М.: Восточная литература; 2002. 198.
4. Леви-Брюль Л. Первобытный менталитет. Пер. с франц. СПб.: Европейский дом; 2002. 400.
5. Липс Ю. История древних цивилизаций. СПб.: Полигон; 1999. 480
6. Маруцкий Э.С. Трудовая занятость молодежи в 20-х годах: проблемы и опыт их разрешения. М.: Социум; 1994. 98.
7. Мелья Б., Миралья Л., Мюнцель М., Мюнцель К. Агония индейцев аче-гуаяки. История и песни: Пер. с исп. М.: Прогресс, 1982. 159.
8. Михайлин В.Ю. Тропа звериных слов: Пространственно ориентированные культурные коды в индоевропейской традиции. М.: Новое литературное обозрение; 2005. 540.
9. Першиц А.И., Смирнова Я.С. Юридический плюрализм народов Северного Кавказа. Общественные науки и современность. 1998; 1: 81-88.
10. Рыбакова Н.А. О философии старости Ф. Петрарки. Вестник Оренбургского университета. 2003; 2: 18-22.
11. Смолькин А.А. Исторические формы отношения к старости. Отечественные записки. 2005; 3: 253-264.
12. Biddlecom A.E., Domingo L.J. Aging trends - the Philippines. Journal of Cross-Cultural Gerontology. 1996; 11(1): 109-114.
13. Cowgill D.O. Aging and modernization: A revision of the theory. Late life communities and environmental policy. Springfield: Charles C. Thomas; 1974: 123-146.
14. Engelhardt D. Altern zwischen Natur und Kultur. Kulturgeschichte des Alters. Alter und Gesellschaft. Marburger Forum Philippinum. Stuttgart: Hirzel; Stuttgart: Wiss. Verl.-Ges.; 1995: 13-23.
15. Fischer D.H. Growing Old in America. Oxford: Oxford University Press; 1978. 252.
16. Gilleard C. Aging and Old Age in Medieval Society and the Transition of Modernity. Journal of Aging and Identity. 2002; 7(1): 25-40.
17. Hooyman N., Asuman Kiyak H. Social Gerontology. Boston: Allyn & Bacon; 2005. 704.
18. Luh A. Das «Goldene Zeitalter der Alten»? Alter in historischer Perspektive. Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie. 2003; 36(4): 303-316.
19. Powell J.L., Longino Ch.F.Jr. Postmodernism Versus Modernism: Rethinking Theoretical Tensions in Social Gerontology. Journal of Aging and Identity. 2002; 7(4): 219-226.
20. van der Geest S. Grandparents and grandchildren in Kwahu, Ghana: the performance of respect. Africa. 2004; 74(1): 47-61.

Поступила 16.11.2006

**В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ**

УДК 616.62-008.222

**НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ****Н.И. Некрасова, П.А. Воробьев**

*Ключевые слова: недержание мочи, пожилой возраст*  
*Key words: aged, uorrhoea*

Проблема недержания мочи не является чисто медицинской, а содержит существенную часть этических, психологических, медико-социальных аспектов. Это связано с тем, что больные склонны скрывать свое состояние, не признаваясь врачу, своим близким об имеющейся проблеме. Невозможность контролировать мочеиспускание заставляет бросать работу, ограничивать себя домашним режимом, потерей контактов, одиночеством. Известно, что люди, страдающие недержанием мочи, предпочитают уход от активной социальной жизни. Имеются определенные проблемы при госпитализации таких больных, при нахождении их в стационарах и отделениях медико-социального ухода. Поэтому они предпочитают реже обращаться к врачу, зачастую отказываются от госпитализации, даже если необходимость госпитализации вызвана угрожающим жизни состоянием. По оценке Министерства здравоохранения США с 1996 г., в результате экономических и социальных затрат, прямые потери, связанные с этой проблемой, в США превышают 15 млрд дол ежегодно. Недержание мочи — частая причина помещения пожилых людей в специализированные учреждения, обеспечивающие уход за престарелыми, при этом почти 50% проживающих там лиц страдают этой патологией.

Удержание мочи — произвольный акт, на который обычно мало обращают внимание здоровые люди. Считается, что есть два «критических возраста», когда это становится проблемой — раннее детство и глубокая старость. Под удержанием мочи сегодня понимают ситуацию, при ко-

торой максимальное уретральное давление равно или превышает внутрипузырное как в покое, так и при любых физических нагрузках (Рекомендации Международного общества по изучению удержания мочи (ICS)).

Удержание мочи в мочевом пузыре обеспечивается механизмами, которые объединяют в два основных: пузырный (детрузорный) и уретральный (сфинктерный). Пузырные факторы обеспечивают накопление и удержание достаточно большого количества мочи в полости мочевого пузыря без значительного повышения внутрипузырного давления. Состояние мышечных элементов стенки мочевого пузыря и ее иннервация являются определяющими в поддержании нормального функционирования детрузорного фактора. В поддержании нормальной функции мочевого пузыря имеет значение состояние поддерживающего аппарата уретры — мочеполовой диафрагмы, внутритазовой фасции, уретролонных связок, мышечных элементов влагалищной стенки. Этот аппарат предохраняет уретру от переднезаднего смещения.

Выделяют два уретральных компонента удержания мочи — проксимальный (связанный с шейкой мочевого пузыря) и дистальный (связанный собственно с уретрой). Проксимальный механизм создается за счет функционирования гладкомышечных элементов шейки мочевого пузыря, контролируемых  $\alpha$ -адренорецепторами, поперечнополосатыми мышечными волокнами сфинктера, плотность которых максимальна в средней трети мочеиспускательного канала (зона сдавления). На работу сфинктер-

ного аппарата влияют такие факторы, как состояние слизистой уретры, подслизистой сосудистой сети и соединительной парауретральной ткани. Эти факторы составляют поддерживающий аппарат уретры и находятся под контролем половых гормонов.

Дистальный механизм удержания обеспечивается поперечнополосатыми периуретральными мышцами и может быть усилен при их произвольном сокращении, что позволяет избежать возникновение недержания мочи при недостаточности шейки мочевого пузыря.

**Недержание мочи (инконтиненция)** — непроизвольное выделение мочи вне зависимости от желания пациента.

Повреждения, возникающие при различных хирургических вмешательствах на органах малого таза, во время стремительных и затяжных родов, а также на фоне инволюционных изменений в менопаузе, вызывают смещение (дислокацию) уретры. Таким образом, шейка мочевого пузыря оказывается смещенной из зоны гидродинамической защиты, и при повышении внутрибрюшного давления (при кашле, смехе, поднятии тяжести, физических упражнениях) моча свободно изливается по уретре наружу.

Состояния, которые приводят к нарушению центральной или периферической иннервации, фиброзные изменения в стенке мочевого пузыря вследствие хронического воспаления или в результате перенесенной лучевой терапии, нарушение баланса половых гормонов, особенно в климактерическом периоде, влекут за собой повышение активности мочевого пузыря или снижение эластичности его стенки.

Другой причиной недержания мочи является нарушение функций сфинктеров мочевого пузыря и уретры, например, вследствие дефицита в организме железа.

**Факторы риска.** В предрасположенности к недержанию мочи могут играть роль три фактора: наследственность, социальный статус и образ жизни больного. Наиболее полной в настоящее время признана классификация, разработанная R.C. Vump (1997):

Предрасполагающие факторы:

- пол больного,
- генетический фактор,
- расовый фактор,
- культурологические особенности,
- неврологический,

- анатомический,
- состояние соединительной ткани (коллагеновый статус).

Провоцирующие факторы:

- роды,
- хирургические вмешательства,
- повреждение тазовых нервов или мышц,
- радиация.

Способствующие факторы:

- расстройства кишечника,
- раздражающая диета,
- уровень активности,
- повышенная масса тела больного,
- менопауза,
- инфекции,
- прием медикаментов,
- заболевания легких,
- психический статус.

Факторы декомпенсации:

- возраст больного.

Согласно представленной классификации, сам по себе возраст больного является лишь усугубляющим фактором. Очевидно, что недержание мочи в пожилом возрасте не является обязательным, но возрастные изменения мочевого тракта могут к этому предрасполагать. Так, у пожилых женщин уретра короче, а мышечный сфинктер слабее, чем у молодых. В пожилом возрасте также уменьшается емкость мочевого пузыря, снижаются эластичность уретры и мочевого пузыря, максимальное давление закрытия уретры, скорость потока мочи. Вместе с тем увеличивается количество остаточной мочи и число незаторможенных сокращений детрузора.

Связь между возрастом и инконтиненцией не является абсолютно доказанной. Так, недержание мочи более распространено среди женщин 30–40 лет, чем среди женщин, которым за 60. При исследовании менопаузального статуса женщин с симптомами инконтиненции обнаружено, что среди 45-летних женщин частота недержания мочи одинакова как в период постменопаузы, так и в предменопаузе. По данным различных авторов, частота недержания мочи среди пациенток в постменопаузе — 35%, а в пременопаузальном периоде — 47%.

Доказана роль эстрогенного дефицита в развитии урогенитальных расстройств в климактерии. Прогрессирующее снижение уровня эстрогенов в климактерии приводит к образованию соединительной ткани, имеющей в 1,6 раза бо-

лее высокую концентрацию коллагена, чем в предменопаузе. Более того, изменяются свойства коллагена, снижающие эластичность соединительной ткани. Одновременное развитие атрофических процессов, связанных с прогрессирующим эстрогенным дефицитом в мышцах, слизистой оболочке, сосудистых сплетениях влагалища, мочевого пузыря и уретры, а также в мышцах и связочном аппарате малого таза обуславливает частое сочетание симптомов атрофического вагинита, цистоуретрита со стрессовым или смешанным типом недержания мочи. При дефиците эстрогенов происходит снижение чувствительности  $\alpha$ -адренорецепторов шейки мочевого пузыря и тургора тканей за счет дегидратации. Следствием этого является нарушение проксимального и дистального замыкательных механизмов.

В любом возрасте непроизвольная потеря мочи чаще встречается среди женщин. У мужчин имеет место нестабильность детрузора и связанные с этим признаки ургентной инконтиненции, реже — нарушения мочеиспускания, обусловленные инфравезикальной обструкцией, например при аденоме предстательной железы, и гипоактивным детрузором. У них практически не бывает стрессовой инконтиненции.

Ряд авторов придерживаются мнения, что в процессе недержания мочи большую роль играет наследственность. Энурез в детском возрасте, который передается как ген с хромосомой 12q, ассоциируется с последующим развитием ургентного недержания мочи. Среди больных диабетом выявлено большее количество страдающих императивным недержанием мочи, чем у лиц без диабета той же популяции. Эта находка, по мнению некоторых специалистов, доказывает генетическую предрасположенность к недержанию мочи.

К нарушению мочеиспускания могут приводить различные заболевания нервной системы, частота которых увеличивается в старости: болезнь Паркинсона, сопровождающаяся нарушением накопительной функции мочевого пузыря, в результате чего больные страдают от императивных позывов (85%) или императивного недержания мочи; рассеянный склероз — у 30% пациентов имеются проявления ургентной инконтиненции. Императивное недержание мочи непосредственно после повреждения спинного мозга составляет 70%, однако эта цифра сни-

жается до 10% через год после травмы. Болезни люмбосакрального диска также приводят к императивным нарушениям мочеиспускания, вначале вызывая раздражение нервных корешков, а позже, с развитием гипотонии детрузора, — недержание мочи от перенаполнения (парадоксальная ишурия).

Данные, полученные различными авторами относительно связи недержания мочи и пролапса тазовых органов, противоречивы, и поэтому патогенез стрессовой или ургентной инконтиненции при наличии пролапса тазовых органов до конца не ясен.

Нарушение структуры соединительной ткани имеет прямую связь с недержанием мочи, пролапсом тазовых органов и возникновением паравагинальных дефектов. Основными факторами риска в развитии стрессовой инконтиненции считают изменение соединительной ткани, которое встречается, по данным З.С. Баркагана, едва ли не у 10% здоровых женщин (гипермобильность суставов, гиперэластоз кожи, грыжи, пролапс клапанов сердца, нарушения расположения внутренних органов, варикозное расширение вен нижних конечностей, пролапс матки и т. д.) Нарушение строения соединительной ткани в сочетании с другими факторами риска может привести к стрессовому недержанию мочи. Типы коллагена различны у здоровых женщин и у больных стрессовым недержанием мочи. Предполагается, что снижение коллагена приводит к нарушению поддерживающего урогенитального аппарата и уменьшает гипермобильность шейки мочевого пузыря.

В пожилом возрасте чаще встречаются морфологические изменения стенки мочевого пузыря. Так, с возрастом увеличивается содержание коллагена в детрузоре, что может привести к повышению упругости стенки мочевого пузыря, вызывая его гиперактивность. Наряду с повышением содержания коллагена снижается плотность нервных волокон. Эти изменения идентичны у мужчин и женщин в одинаковых возрастных группах. Значительно снижается с возрастом количество ацетилхолиновых нервных волокон в стенке и верхушке мочевого пузыря: у пациентов от 60 до 72 лет плотность нервных волокон оказалась на 30% ниже по сравнению с возрастной группой от 25 до 35 лет. Предполагается, что вследствие снижения количества парасимпатических нервов оставшиеся нервные

волокна той же группы проявляют повышенную чувствительность к медиатору ацетилхолину. Таким образом, выявлены возрастные изменения в соединительной ткани и нейромышечной регуляции.

Распространенность недержания мочи среди беременных женщин варьирует от 30 до 60%. И хотя у большинства из них контроль за удержанием мочи восстанавливается спонтанно в течение нескольких недель или месяцев после родов, у некоторых женщин симптомы недержания мочи остаются и могут явиться predisposing факторами для развития стойкого недержания мочи в будущем. Эта патология встречается чаще у рожавших женщин, чем у нерожавших всех возрастов, и наиболее часто у женщин, имеющих 4 или более детей. Во многих исследованиях показано, что недержание мочи менее распространено у нерожавших женщин, чем у женщин, имеющих одного ребенка, однако учащение недержания мочи возрастает незначительно с увеличением числа родов. Отсутствие связи недержания мочи и числа родов показано в многочисленных исследованиях. Более того, обнаружено, что риск возникновения недержания мочи после двух родов путем кесарева сечения составляет 23,3% в сравнении с 39% при физиологических родах. Хотя после 3-го кесарева сечения риск недержания мочи составил 38,9% по сравнению с 37,7% при нормальных родах.

Связь между различными операциями на тазовых органах и возникновением недержания мочи установлена давно. Нарушение накопительной и эвакуаторной функций мочевого пузыря является частым осложнением операций на матке, распространенность недержания мочи у больных после гистерэктомии составляет 20,8% по сравнению с 16,4% у неоперированных женщин, а по некоторым данным, до и после гистерэктомии недержание мочи было обнаружено в 58,3 и 75% случаев соответственно.

Вместе с тем смущают результаты оперативной коррекции, выполненной по поводу стрессового недержания, когда вследствие выполненной операции развиваются симптомы императивного недержания мочи. Так частота симптоматической нестабильности детрузора достигает 76% у женщин с рецидивами недержания мочи после оперативного лечения, в одном из исследований

у 15 женщин развились нарушения мочеиспускания после цистоуретропексии.

Развитие расстройств мочеиспускания после радикальных вмешательств связано с тесным топографоанатомическим взаимоотношением органов мочевой и половой систем у женщин с общностью иннервации и кровоснабжения. Возможно, патогенез недержания мочи после операций обусловлен развитием деннервации: пересечением тазовых нервов, обеспечивающих сократительную функцию детрузора, повреждением терминальных ветвей срамного нерва, обеспечивающих постоянство внутриуретрального давления. Косвенно это подтверждается обнаружением в морфологических исследованиях стенки мочевого пузыря признаков хронического воспаления на фоне атрофии эпителия, связанной с нарушением трофики мочевого пузыря на фоне деннервации, а также фиброза в проксимальной уретре, что обусловило ее ригидность и потерю замыкательной функции. Развитием деннервационного симптомокомплекса объясняется нарушение мочеиспускания при операциях на позвоночном столбе, в частности при коррекции грыжи межпозвоночных дисков и других заболеваний.

Большая масса тела повышает риск развития недержания мочи, в свою очередь уменьшение массы тела может приводить к уменьшению симптомов инконтиненции. Несмотря на сведения об улучшении контроля за мочеиспусканием при снижении массы тела больных, эффективность данного метода лечения не подтверждена документированными клиническими испытаниями.

Обобщая вышесказанное, можно выделить группу пациентов пожилого и старческого возраста с повышенным риском развития недержания мочи. Чаще — это женщины в менопаузе или постменопаузном периоде, мужчины и женщины с повышенной массой тела, женщины, перенесшие гистерэктомию, мужчины и женщины, оперированные на органах малого таза, позвоночнике, ранее занимавшиеся тяжелой физической работой, связанной с подъемом и переносом тяжести, длительными статическими нагрузками. Наличие сопутствующей патологии усугубляет ситуацию: хроническая мочеполая инфекция, психическое или неврологическое заболевание, в том числе болезнь Паркинсона, деменция, перенесенный инсульт и др.

У больных пожилого и старческого возраста дополнительным фактором, способствующим этой патологии, являются стенозирующие поражения дистального отдела аорты и сосудов таза, развитие вследствие этого тканевой гипоксии. Изменения в сосудах, нередко, сопровождаются развитием микроангиопатий и микротромбозов как следствия сопутствующей соматической патологии, например, сахарного диабета, аутоиммунных васкулитов и др. Условия тканевой гипоксии способствуют разрастанию соединительной ткани, замене ею функциональноценных тканей детрузора, уретры, включая гладкомышечные волокна, поперечнополосатую мускулатуру сфинктеров.

У пожилых больных частым является гипосидероз, что связано с неадекватной компенсацией из пищи повышенных потерь железа. В пожилом возрасте нарастает частота кровопотерь через желудочно-кишечный тракт, при этом в диете уменьшается количество мяса, являющегося естественным источником пищевого железа. Железо входит в состав миоглобина, а также участвует в окислительно-восстановительных процессах, в тканевом дыхании. Гипосидероз становится с возрастом одинаково-частым проявлением что у мужчин, что у женщин, тогда как в подростковом и детородном возрасте встречается преимущественно у женщин. При гипосидерозе недержание мочи может быть как следствие функциональной неполноценности мышц тазового дна, парауретральных мышц. Классическим признаком гипосидероза является недержание мочи при кашле и смехе, что характерно для молодых женщин. Гипосидероз может быть одним из признаков железодефицитной анемии. Следует отметить, что связь гипосидероза в пожилом возрасте с недержанием мочи до настоящего времени не изучена.

**Клинически** наиболее часто встречаются два типа недержания мочи: императивное (ургентное) и стрессовое (при напряжении), на их долю приходится более 80% всех случаев. У больных пожилого и старческого возраста встречаются также более редкие типы недержания: от переполнения, функциональное и временное (транзиторное) недержание.

Императивное (ургентное, детрузорное) недержание мочи характеризуется произвольным подтеканием мочи, связанным с непреодолимым сильным позывом на мочеиспускание.

Такой позыв называют «повелительным» или «императивным». Больные жалуются, что не успевают добежать до туалета при возникновении позыва. Иногда выделение мочи происходит внезапно, с очень коротким предшествующим позывом или даже при его отсутствии. В основе императивного недержания лежит гиперактивность (повышенная активность) мочевого пузыря. Частота гиперактивности мочевого пузыря у взрослых достаточно велика и достигает 10–15%, при том, что до 2–3 летнего возраста гиперактивность мочевого пузыря является физиологической. Постепенно у ребенка формируется контроль за мочеиспусканием. Проявлением нарушения регуляции мочевого пузыря у детей служит энурез.

В соответствии с классификацией ICS гиперактивность мочевого пузыря является общим термином для произвольных сокращений детрузора во время фазы накопления. Существует два типа гиперактивного мочевого пузыря. Если произвольное сокращение детрузора вторично на фоне известной неврологической патологии — инсульт, рассеянный склероз, травма спинного мозга, паркинсонизм — состояние характеризуется как нейрогенная гиперактивность детрузора; если неврологическая патология не выявлена диагностируют идиопатическую гиперактивность детрузора. У людей пожилого и старческого возраста идиопатическая нестабильность детрузора вплоть до энуреза может встречаться при таких состояниях, как инфекции мочевых путей, в том числе туберкулезной этиологии, выраженный дефицит железа (гипосидероз), апноэ, а также, по мнению некоторых авторов, дефицит аскорбиновой кислоты.

Ургентное недержание мочи может провоцироваться какими-либо внешними факторами. Чаще всего в качестве провоцирующих раздражителей выступают звук падающей струи воды, мытье рук, посуды, прием алкогольных напитков, нервное возбуждение, прием некоторых лекарственных препаратов. Большинство больных отмечают существенно большую частоту эпизодов недержания мочи в холодное время года. Некоторые пациенты отмечают появление недержимого позыва на мочеиспускание во время выхода на улицу, то есть из тепла на холод. Редко описываются случаи необычных факторов, провоцирующих недержание мочи — подъем на лифте, скрип двери и так далее.

Стрессовое недержание мочи — это выделение мочи во время физических упражнений, кашля, чиханья, смеха, поднятия тяжелых предметов или других движений тела, которые приводят к давлению на мочевой пузырь. Недержание побуждения — неспособность удерживать мочу достаточно долго. Это очень часто встречается у людей, которые страдают диабетом, слабоумием, болезнью Паркинсона и рассеянным склерозом, особенно при снижении физической активности или инвалидности. Оно также может быть ранним признаком рака мочевого пузыря, но может наблюдаться и у здоровых пожилых людей. Провоцирующим фактором в этом случае может быть хронический запор. Выраженность недержания может увеличиваться при воздействии различных психологических факторов, потреблении кофеина и курении. Характерной особенностью стрессового недержания мочи является отсутствие позыва на мочеиспускание.

Одним из основных факторов развития стрессового недержания мочи является уменьшение анатомической длины уретры (3 см — критическая длина мочеиспускательного канала, позволяющая женщине удерживать мочу). Другая причина — ослабление мышц тазового дна. У здоровых людей любые значимые физические нагрузки, например, подъем тяжести, бег, кашель, могут привести к увеличению внутрибрюшного давления, повышенное давление передается на мочевой пузырь и приводит к повышению внутрипузырного давления. Давление в мочеиспускательном канале значительно превышает внутрипузырное давление, за счет чего моча и удерживается в мочевом пузыре. При резких и сильных подъемах внутрибрюшного давления, например, при очень сильном кашле, мышечные элементы тазового дна могут рефлекторно сокращаться, тем самым еще дополнительно увеличивая давление в мочеиспускательном канале. Именно этот активный механизм удержания является ведущим у здоровых людей. Снижение тонуса мышц тазового дна приводит к опущению органов: матки, влагалища, мочевого пузыря, мочеиспускательного канала, прямой кишки. При резком повышении внутрибрюшного давления внутрипузырное давление будет повышаться в большей степени и может превысить давление в мочеиспускательном канале. Это обстоятельство является причиной ис-

течения мочи из мочевого пузыря, т. е. стрессового недержания мочи.

Редкой формой недержания мочи, которое обнаруживается обычно у пожилых мужчин с заболеваниями предстательной железы, в том числе с раком простаты, а также сужением мочеиспускательного канала, является недержание переполнения (парадоксальная ишурия). Оно связано с сверхнаполнением и сверхрастяжением мочевого пузыря, чаще всего из-за нарушения оттока мочи.

Наличие у одного и того же больного нескольких типов недержания мочи обозначают термином «смешанное недержание мочи». Чаще всего врачи сталкиваются с сочетанием симптомов стрессового и ургентного недержания мочи, что особенно характерно для женщин старшего возраста. При этом больные жалуются на подтекание мочи, которому либо предшествует неудержимый позыв на мочеиспускание, либо недержание происходит в отсутствие позыва на фоне значительной физической нагрузки.

У пациентов пожилого и старческого возраста возможно функциональное недержание: при нормальном контроле мочевыделения больным трудно дойти до туалета вовремя из-за артрита или других заболеваний. При временном (транзиторном) недержании имеются лишь эпизоды недержания мочи, которые могут быть связаны с различными внешними факторами и исчезать после прекращения их влияния. У пожилых пациентов и больных с нарушением подвижности инфекционно-воспалительные заболевания мочевого пузыря, в частности острый цистит, вызывающие сильные позывы на мочеиспускание, могут приводить к недержанию мочи. У пожилых женщин подтекание мочи может быть связано с воспалением мочеиспускательного канала или воспалением влагалища. Эти состояния сопровождаются учащением мочеиспускания, наличием императивных позывов, жжением при мочеиспускании и иногда недержанием мочи.

В некоторых случаях недержание мочи наблюдается у больных с нарушением функции кишечника, у которых имеется склонность к запору. Нередки случаи недержания мочи у людей в состоянии сильного алкогольного опьянения. Причиной этого является существенное снижение чувствительности мочевого пузыря.

**Диагностика** недержания мочи, как и любого другого заболевания, начинается с выявления

жалоб. Необходимо помнить, что значительная часть больных склонна скрывать свое состояние из-за стеснения, некоторые считают, что недержание мочи — это проявление старости, пожилые рожавшие женщины в большинстве своем уверены, что недержание мочи — неотвратимое сочетание старости, деторождения, сопряженное с тяжелым физическим трудом в молодые годы. Поэтому больных пожилого и старческого возраста необходимо активно расспрашивать о возможных симптомах недержания, не рассчитывая, что они сами будут предъявлять характерные жалобы. Существует большое количество тестов-опросников, которые больной может заполнить сам или с помощью врача.

Вследствие того, что основной симптом — не самостоятельное заболевание, а проявление различных патологических процессов, требуется подробный расспрос больного и тщательный сбор анамнеза. В ходе расспроса уточняется симптоматика, выявляются провоцирующие факторы и предварительно определяется вид недержания. В частности, наличие гиперактивного детрузора может быть установлено на основании только клинических симптомов заболевания. К ним относятся учащенное мочеиспускание (более 8 раз в день); ургентность (ощущение, что мочеиспускание вот-вот начнется и любое промедление закончится недержанием мочи); ургентное недержание мочи (неудержание мочи, как его называли ранее).

Приведенной в таблице анкетой можно пользоваться для дифференциальной диагностики ургентного и стрессового недержания мочи.

Симптомы	Ургентное недержание (гиперакт. мочевого пузыря)	Стрессовое недержание
Императивные позывы	Есть	Нет
Учащенное мочеиспускание (>8 раз за сутки)	Есть	Нет
Подтекание мочи во время физической нагрузки, например, кашле, чиханьи, поднятии тяжестей и т. д.	Нет	Есть
Количество мочи, выделяющееся при каждом эпизоде недержания	Большое	Незначительное
Способность добраться до туалета вовремя при императивном позыве	Есть	Нет
Желание помочиться в ночное время	Обычно	Редко

Врачом обязательно уточняется время начала заболевания, связь с климактерическим периодом, наличие в анамнезе воспалительных заболеваний мочеполового тракта, мочекаменной болезни, сахарного диабета, сосудистой патологии, клиническая выраженность атеросклероза, у мужчин — наличие признаков аденомы простаты, простатита, у женщин собирается гинекологический анамнез. Уточняются возможные предшествующие травмы промежности, спины, хирургические вмешательства на органах малого таза, гистерэктомии, наличие или отсутствие дополнительной неврологической симптоматики. Необходимо определить также социальный статус пациента.

Таким образом, на первом этапе исключаются заболевания, сопровождающиеся учащенным и ургентным мочеиспусканием. Помимо сбора анамнеза, оценки жалоб и физикального обследования проводят оценку частоты мочеиспусканий и суточного диуреза. Для оценки частоты мочеиспусканий можно рекомендовать больному заполнять следующий дневник:

День, часы	Частота мочеиспускания	Дата и объем мочеиспускания	Частота позывов, смена прокладок
День			
6–7			
7–8			
8–9			
9–10			
10–11			
12–13			
13–14			
14–15			
15–16			
16–17			
17–18			
18–19			
19–20			
20–21			
21–22			
ночь			
22–6			



Анализ заполненного в течение нескольких дней дневника позволит получить информацию о частоте мочеиспусканий, наличии императивных позывов, эпизодах недержания и подтекания мочи, объемах выделенной мочи. Дневники мочеиспусканий (микций) являются простым и воспроизводимым методом объективизации жалоб пациента.

Следует отметить, что никтурия — повышение объема ночного мочевыделения по сравнению с дневным — является признаком тубулоинтерстициальной недостаточности. Такое положение вещей может наблюдаться при хроническом пиелонефрите или при почечной недостаточности, даже на самом раннем ее этапе. Никтурия — важнейший диагностический признак для раннего выявления почечной недостаточности, что особенно важно у больных с сахарным диабетом: микроангиопатия носит у них обратимый характер и требует настойчивого лечения ингибиторами АПФ.

Обязательно проводится исследование осадка мочи на наличие элементов воспаления (лейкоциты, эритроциты, цилиндры, бактерии), при необходимости — посев мочи на стерильность. Назначается клинический анализ крови, при необходимости диагностики соматического заболевания — биохимический анализ крови, определение сывороточного железа, сахара крови.

Важное диагностическое значение у женщин может иметь гинекологический осмотр, на котором определяется положение шейки матки, ее опущение, наличие другой генитальной патологии, выделение мочи из уретры при кашле и т. д.

Проводится ультразвуковое исследование почек, простаты, определение объема остаточной мочи с помощью трансабдоминального ультразвукового сканирования или катетеризацией мочевого пузыря. При необходимости проводятся дальнейшие инструментальные исследования для установления причины недержания, в том числе цистоуретроскопия; экскреторная урография; восходящая цистография; комбинированное уродинамическое исследование; МР-томография.

Цистография играла важную роль в изучении анатомии мочевого пузыря и мочеиспускательного канала, а также подвижности уретровезикального сегмента в начале 70-х годов. Сейчас этот метод применяется реже в связи со значительной лучевой нагрузкой на пациента и врача и преимущественно в тех стационарах,

где нет ультразвуковой аппаратуры. Вместе с тем она остается неотъемлемой частью видеородинамического функционального исследования. Цистография позволяет оценить не только конфигурацию и размеры пузыря в двух проекциях, размер и конфигурацию цистоцеле в двух проекциях, но и отклонение уретровезикального сегмента при натуживании, равномерность опорожнения мочевого пузыря, наличие остаточной мочи.

Исследованиями последних лет доказано, что ультразвуковой метод по информативности превосходит уретроцистографию и позволяет детально изучить топографоанатомические взаимоотношения мочевого пузыря, мочеиспускательного канала и парауретрального пространства. Данная информация во многом способствует постановке правильного диагноза и определению тактики лечения.

Другим современным и информативным методом исследования больных с недержанием мочи является МР-томография, которая позволяет изучить анатомию тазовых органов у больных с выраженными нарушениями топографических взаимоотношений мочевого пузыря и уретры, а также оценить послеоперационные результаты. Исследование безвредно для пациентов и персонала, однако оно не может стать рутинным не только по причине своей сложности и дороговизны, но и потому, что в большинстве случаев правильно выполненное ультразвуковое исследование оказывается достаточным.

Одним из методов диагностики гиперактивного мочевого пузыря является уродинамическое исследование. Однако только половина больных, предъявляющих жалобы на императивные нарушения мочеиспускания, обнаруживают признаки гиперактивного мочевого пузыря при уродинамических тестах. Хотя уродинамическое исследование до сих пор являлось обязательным тестом при наличии у больного признаков гиперактивного мочевого пузыря, они не всегда коррелируют с клиническими проявлениями. Тем не менее, комплексное уродинамическое исследование остается незаменимым дополнением клинического обследования. Полученные в результате обследования данные должны быть сопоставлены с клиническими симптомами, использование же голых цифр в большинстве случаев может быть причиной диагностической ошибки.

Показаниями к уродинамическому исследованию являются отсутствие эффекта от эмпирически назначенного лечения, планируемое хирургическое лечение недержания мочи при напряжении, наличие инфравезикальной обструкции у женщин, сопутствующее неврологическое заболевание.

**Лечение.** Целью лечения является уменьшение выраженности симптомов недержания мочи или полное их устранение, восстановление социальной активности и уверенности в себе, сведение к минимуму побочных эффектов лечения. В некоторых случаях врач первичного звена сам может начать лечение, если выявлена какая-либо соматическая патология, например железодефицитная анемия, заболевание кишечника.

Прежде всего, врачу необходимо попытаться воздействовать на перечисленные выше общие факторы риска, лежащие в основе этого заболевания. Так часть больных можно избавить от ожирения, хотя это и нелегко. Некоторые исследователи указывают на необходимость пересмотра показаний к гистерэктомии, которая, например, в США, среди всех операций занимает второе место по частоте проведения. Следует обратить внимание и пытаться устранить факторы, часто встречающиеся у пожилых и провоцирующие недержание мочи, такие, как расстройство кишечника, хронический запор, раздражающая диета. Необходимо минимизировать прием медикаментов, максимально повысить уровень активности пожилого больного.

При неэффективности стартового лечения дальнейшая лечебная тактика становится ясной после детального обследования, позволяющего определить форму недержания мочи.

Большое значение для успеха имеет доверие пациента к врачу и желание побороть недуг. Во время приема врач должен объяснить пожилому больному, что недержание можно излечить или существенно уменьшить проявления болезни. Необходимо терпеливо и настойчиво обучать больных тренировке мочевого пузыря, что способствует снижению выраженности недержания мочи. У пациентов в течение нескольких лет заболевания формируется своеобразный стереотип мочеиспускания, заключающийся в стремлении опорожнить мочевой пузырь при возникновении даже незначительного позыва. Это стремление обусловлено страхом перед возмож-

ным недержанием мочи, которое может произойти в неподходящей обстановке.

Обучение может проводить квалифицированная медицинская сестра. Лечение по программе тренировки мочевого пузыря обычно продолжается несколько месяцев. В основе тренировки лежит принцип увеличения интервалов между мочеиспусканиями. Сначала следует опорожнять мочевой пузырь примерно каждый час независимо от наличия позыва. Больным необходимо объяснить, что при появлении позыва следует по возможности задерживать мочеиспускание. Для этого пациенты должны сдерживать возникающие позывы на мочеиспускание посредством сильного сокращения анального сфинктера. Рекомендуется повышать интервал между мочеиспусканиями на полчаса каждые 2–3 недели до достижения периода времени в 3–3,5 ч. Тренировка мочевого пузыря приводит к улучшению симптоматики в 50–90% случаев, и больной обязательно об этом должен быть информирован.

Тренировка мочевого пузыря чаще всего проводится в сочетании с медикаментозным лечением. Ко времени окончания курса обучения, обычно продолжающегося 3 мес, должен быть сформирован новый психологический стереотип мочеиспусканий. Прекращение приема препаратов вследствие этого может не приводить к возобновлению учащения мочеиспускания. Для больных с тяжелой деменцией и недержанием мочи рекомендуется использовать специально адаптированную методику «мочеиспускания по подсказке». Она состоит из трех основных этапов. На первом этапе необходимо научить больного отмечать состояния, когда он мокрый из-за мочеиспускания в постель, а когда сухой. При успешном выполнении целей первого этапа можно приступать ко второму этапу лечения. Важнейшей задачей при этом является научить больного воспринимать позыв на мочеиспускание и давать знать об этом окружающим. Целью третьего этапа тренировки является достижение больным полного контроля над мочеиспусканием. Отмечено, что весьма эффективно при проведении лечения такой категории больных поощрять их каким-либо образом на каждом этапе лечения.

Частоту недержания мочи, связанного с повышением внутрибрюшного давления, особенно у женщин, можно уменьшить с помощью уп-

ражнений Кегеля для мускулатуры тазового дна, способствующих укреплению мышц-levatorов. Это серия кратковременных и длительных сокращений мышц тазового дна, которые следует выполнять 2–3 раза в течение дня. Недостаточно просто рассказывать больным об упражнениях Кегеля, при этом они будут правильно выполняться лишь в 30% случаев. Обучение этим упражнениям наиболее эффективно во время бимануального исследования, когда можно оценить правильность их выполнения. Кроме того, больных можно направлять к специалисту по проблеме недержания мочи, в арсенал лечебных средств которого входят метод обратной связи и влагалищные датчики давления, что способствует максимальной эффективности упражнений Кегеля. У 80% женщин регулярное и правильное выполнение этих упражнений через 12 недель приводит к значительному улучшению симптоматики.

**Медикаментозное лечение ургентного недержания мочи.** В настоящее время существует несколько основных фармакоцевтических групп препаратов, использующихся для снижения напряжения детрузора и увеличения его функциональной емкости:

- холинолитики: настой красавки, оксibuтинин натрия (дитропан, дриптан), толтеродин (детрузитол), тропсия хлорид, солифенацин (везикар);
- трициклические антидепрессанты: метипрамин (имипрамин), amitриптилин;
- ингибиторы простагландин-синтезазы и антагонисты кальция: диклофенак натрий, пироксикам, верапамил.

До недавнего времени наилучший результат лечения императивных форм расстройств мочеиспускания достигался при применении оксibuтинина. Его эффект обусловлен прямым расслабляющим действием на мышцу мочевого пузыря, кроме того, он прерывает раздражающие нерегулярные импульсы со стороны центральной нервной системы. Под действием препарата мочевой пузырь успокаивается, расслабляется, увеличивается его объем, он начинает накапливать мочу, благодаря чему исчезают настоятельные позывы. Однако, несмотря на достаточно высокую эффективность препарата, как и другие препараты этой фармакоцевтической группы, он дает ряд отрицательных эффектов, заставляющих все большее число практикующих врачей

отказаться от его применения. Это прежде всего отсутствие селективности в отношении мочевого пузыря, низкая переносимость, необходимость титрования дозы, а также наличие побочных эффектов со стороны центральной нервной системы и расстройства когнитивной функции.

Препарат толтеродин (детрузитол), антагонист мускариновых рецепторов, специально разработанный для лечения гиперактивности мочевого пузыря, обладает более выраженным селективным действием, хорошо переносится, вызывает минимум побочных эффектов.

Назначение холинолитических препаратов пациентам пожилого возраста должно проводиться с осторожностью.

В последнее время появился новый уроселективный препарат для лечения пациентов с синдромом гиперактивного мочевого пузыря – солифенацин (везикар), при назначении которого нет необходимости корректировать дозу в зависимости от возраста больных. В международных многоцентровых исследованиях (более 9 тыс. пациентов) доказана высокая эффективность и хорошая переносимость солифенацина (не вызывает сухости во рту у 89% пациентов). Он эффективен в отношении всех симптомов гиперактивного мочевого пузыря, особенно в отношении наиболее беспокоящих симптомов: императивных позывов (ургентности) и императивного недержания. Везикар снижает частоту ургентного недержания мочи на 71% эффективнее толтеродина. Данный препарат обладает рядом преимуществ перед аналогичными препаратами, включая возможность гибкого режима дозирования и однократный прием в сутки, что важно при лечении больных пожилого возраста.

Медикаментозная коррекция стрессового недержания более сложная задача. В некоторых клинических исследованиях показано, что у женщин выраженность симптомов недержания мочи уменьшается при эстрогенотерапии в постменопаузе, комбинированное применение эстрогенов с  $\alpha$ -агонистами снижает частоту дневных и ночных эпизодов недержания более эффективно, чем в монотерапии. Однако при длительной эстрогенотерапии повышается риск развития рака молочной железы, тромбозов и тромбоэмболий.

Альфа-агонисты усиливают сопротивление проксимальной части уретры. Их следует применять с осторожностью или вовсе не использо-

вать при наличии артериальной гипертензии, гипертиреозе, коронаросклерозе, на фоне терапии ингибиторами MAO.

Электрическая стимуляция мышц тазового дна — один из предложенных методов лечения больных со стрессовым недержанием мочи. Применение этого метода по сравнению с имитацией снижает частоту эпизодов недержания, повышает силу и растяжимость мышц тазового дна. К побочным эффектам можно отнести раздражение и инфицирование слизистой оболочки влагалища у женщин, боль, развитие инфекции мочевых путей.

**Хирургическое лечение.** Выбор метода операции определяется формой недержания мочи и эффективностью предшествующего нехирургического лечения. Чаще всего оперативное лечение применяется у больных со стрессовым недержанием мочи и недержанием переполнения, реже — при ургентной форме недержания. Однако выбор способа оперативного лечения недержания мочи у пациентов пожилого и старческого возраста достаточно сложен. Сопутствующие заболевания, такие, как стенокардия, гипертоническая болезнь, сахарный диабет, варикозная болезнь, тромбозы, опухоли, перенесенные инсульты и инфаркты значительно повышают степень операционного риска. Поэтому, определяя показания к оперативному лечению, следует заботиться не столько о полном избавлении от недержания мочи, сколько о социальной адаптации пожилого больного.

Все предложенные операции можно разделить на следующие группы:

1. Надлобковые вмешательства (операции Burch);
2. Слинговые (петлевые) методы (TVT, фациальные слинги и др.);
3. Инъекции субстанций (коллаген, тефлон);
4. Влагалищные игольчатые методы (операция Stamey, операция Gittes);
5. Лапароскопические операции.

Постоянно предлагаются и новые методы хирургического лечения. Так, в Мельбурнском университете в Австралии разработали метод создания искусственных сфинктеров из собственных мышц пациентов. Такой сфинктер, управляемый трансплантируемым электрическим стимулятором, пересаживается в мочевой пузырь и избавляет от неприятного состояния.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

К недержанию мочи необходимо относиться так же, как к любым другим заболеваниям. В нем нет ничего предосудительного или постыдного. Его причинами являются известные отклонения в структуре и функции некоторых систем организма, которые могут устраняться различными методами лечения.

Недержание мочи у пожилых не должно рассматриваться как естественное проявление старения организма. Независимо от возраста больного всегда можно найти приемлемое решение в каждом конкретном случае. Необходимо учитывать, что эффективность лечения во многом зависит от своевременности обращения за медицинской помощью. Чем раньше начать лечение, тем лучших результатов можно добиться. Использование таких средств, как сменные прокладки и подгузники для взрослых, позволяет больному чувствовать себя защищенным, но в то же время может вести к формированию представления о неизлечимости данного состояния. Из-за этого многие отказываются от обращения к врачу, хотя достаточно часто медицинская помощь приводит к улучшению состояния или даже излечению больного.

Таким образом, недержание мочи — серьезная, социально значимая проблема, однако ошибочно думать, что увеличение с возрастом числа лиц, страдающих этим недугом, — это неизбежный результат старения, и что с этой патологией в большинстве случаев ничего нельзя поделать.

Поступила 20.01.2007

## ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ПОЗИЦИЙ ИХ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСА

Бойко Ю.П.<sup>1</sup>, Сурков С.А.<sup>2</sup>, Лукашев А.М.<sup>3</sup>, Добридень О.В.<sup>3</sup>

<sup>1</sup> РМАПО,

<sup>2</sup> МИМ ЛИНК,

<sup>3</sup> департамент здравоохранения, Москва

*Ключевые слова: пожилые люди, социальный статус*  
*Key words: social status, aged*

Проблема старения и учета его социальных последствий становится все более острой. С момента зарождения человеческого общества и по мере его развития постоянно обнаруживается и все более явно проявляется стремление человека прожить долгую, биологически и социально активную жизнь. Старение организма представляет собой сложный универсальный процесс увядания, включающий генетические и средовые факторы и ведущий постепенно к ограничению приспособительных возможностей организма, развитию заболеваний, приближению смерти. Попытка человечества увеличить продолжительность жизни для наиболее полной реализации своего физического и интеллектуального потенциала является, по-видимому, не только биологической, но и социальной мотивацией. Конечно, не находя спроса и сталкиваясь с невостребованностью, эти устремления человека теряют свой смысл, что не может не отражаться отрицательно на продолжительности жизни. Ряд исследователей обращает внимание на изменение социальной роли пожилых людей и указывает, что, если раньше эта категория населения находилась на периферии общества, то теперь это самостоятельная и достаточно обеспеченная группа, активно участвующая в жизни социума. В рамках этой группы имеет место, конечно, существенное разделение (сегрегация) и по доходам, и по степени вовлеченности в социальную и экономическую жизнь, но вне зави-

симости от этого влияние пожилых людей на общество неизбежно возрастает.

В последние несколько десятилетий как отдельные страны, так и международное сообщество стали обращать внимание на социальные, экономические, политические и научные проблемы, возникающие в связи с явлением старения в массовом масштабе. До недавнего времени, хотя отдельные лица и могли дожить до преклонного возраста, их число и доля в совокупном населении были невелики. Однако в XX в. во многих странах мира достигнуты успехи в борьбе с перинатальной и детской смертностью с инфекционными заболеваниями, в улучшении основных форм медицинского обслуживания. Все эти факторы и ряд других мер социального характера привели к увеличению численности и доли лиц, доживающих до преклонного возраста.

Старость становится длительным и значимым этапом индивидуального развития — во всем мире увеличивается продолжительность жизни людей. При соответствующем отношении к пожилым людям со стороны государства, общественных и других объединений и организаций, общества в целом их жизнь может быть достаточно полноценной. Переход человека в пожилой возраст существенно изменяет его взаимоотношения с обществом, и такие ценностно-нормативные понятия, как цель и смысл жизни,

добро и счастье и др., значительно меняются с изменением образа жизни людей.

По данным Организации Объединенных Наций, в 1950 г. в мире проживало около 200 млн лиц в возрасте 60 лет и старше. К 1975 г. это число возросло до 350 млн. По прогнозам ООН в 1998 г., их число к 2025 г. превысит 1 100 млн человек, т.е. увеличится по сравнению с 1975 г. на 224%. Ожидается, что за тот же период численность населения в мире в целом возрастет с 4,1 до 8,2 млрд человек, или на 102%. Таким образом, через 20 лет доля лиц старшего возраста в общей численности населения земного шара составит 13,7% [1].

Увеличение численности и доли стареющих людей сопровождается изменением возрастной структуры населения. Уменьшение доли детей во всем населении увеличивает долю пожилых людей. Так, по прогнозам ООН, в развитых регионах ожидается уменьшение доли лиц в возрасте до 15 лет с 25% в 1975 г. до 20% в 2025 г. Вместе с тем ожидается, что в этих странах доля лиц в возрасте 60 лет и старше в общей численности населения возрастет с 15% в 1975 г. до 23% в 2025 г. Следует отметить, что эти показатели являются средними для обширных регионов и что между отдельными странами и на внутринациональном уровне существуют значительные различия [1].

Следует отметить, что при сохранении существующих тенденций соотношение полов (т. е. число мужчин на 100 женщин) по-прежнему будет несбалансированным в развитых регионах мира, хотя и с небольшим улучшением. Так, например, это соотношение, которое в 1975 г. составляло 74 для возрастной группы 60–69 лет, к 2025 г. году увеличится до 78, в возрастной группе лиц старше 80 лет оно возрастет от 48 до 53. В развивающихся регионах это соотношение несколько уменьшится: к 2025 г. с 96 до 94 для возрастной группы 60–69 лет и с 78 до 73 для возрастной группы старше 80 лет. Таким образом, в большинстве случаев женщины все больше будут составлять население преклонного возраста. Различия по признаку пола в продолжительности жизни могут оказать определенное влияние на жизненные условия, величину дохода, необходимость в услугах здравоохранения и других систем поддержки.

Основные закономерности психического развития человека предполагают закономерный переход к старости как особому периоду возрастного развития, как к особому периоду жизненного пути личности. Среди психологических задач заключительного этапа жизненного цикла, как отмечают М.Д. Александрова [2], К. Висневска-Рошковска [3], И.В. Давыдовский [4] и другие, можно выделить в качестве основных целенаправленное использование оставшихся лет жизни, адаптацию к возрастным изменениям, изменение отношения к собственному здоровью, адекватное восприятие старости, стремление к внутренней интегрированности, заменяющей профессиональную активность, подготовка к потере друзей и спутника жизни. Указанные авторы отмечают, что существенную помощь в этой области оказывают такие продуктивные показатели возраста, как жизненная мудрость, базирующаяся на опыте, а также потребность в передаче накопленного опыта, в уважении, в самоутверждении.

В своей работе с пожилыми пациентами работники ГКБ № 60 сталкиваются с психофизиологическими изменениями у пациентов, связанными с нормальным старением, а именно: изменением в работе опорно-двигательного аппарата, замедлением реакций, снижением адаптационно-регуляторных возможностей, ухудшением функций органов чувств, в частности, зрения и слуха. Все это накладывается на значительное количество болезней, «набранных» пациентами за долгие годы жизни. Проблемы реальных заболеваний накладываются на заболевания мнимые или слабо выраженные, что связано с такими особенностями личности старого человека, связанными с возрастной динамикой личностных особенностей, как сужение и «застывание» интересов, эмоциональная неустойчивость, эгоцентризм, недоверие к людям, подозрительность, мелочность, стремление все принимать на свой счет, требование повышенного внимания к себе окружающих, обидчивость, склонность к демонстративной жалости к себе и др.

При этом необходимо учитывать невозможность выделить единую характеристику особенностей личности людей пожилого возраста, поскольку имеют место несколько различных

личностных типов, которые придерживаются разных, иногда противоположных стилей жизни, ценностной ориентации, стратегий преодоления трудностей по показателям активности и отношению к миру и себе, удовлетворенности жизнью. В частности, для некоторых пожилых людей характерен поиск нового смысла жизни, новой системы ценностей и возможности достижения второй творческой кульминации, творческой самореализации в старости.

Этому мешают специфические болезни пожилого возраста, существенно отличающиеся от «молодежных» заболеваний. Здесь важную роль играют климактерический период, изменения сердечно-сосудистой, нервной, мышечной, нейрогуморальной деятельности, гормональные нарушения, инволюция половой сферы. Этот период сопровождается эндогенной и экзогенной депрессией, для него характерны «мысли о вечном», длительные эпизоды меланхолии, беспричинной грусти, неврологические и психические нарушения в старческом возрасте, дрожательный паралич (болезнь Паркинсона), старческое ослабление мыслительных способностей (сенильная деменция), функциональный психоз позднего возраста. Лучшее лекарство, как отмечают многие практикующие геронтологи, — постоянный мозговой тренинг. Есть немало свидетельств сохранения более высокого творческого потенциала у стариков по сравнению с более молодыми людьми, что отражает несовпадение паспортного и биологического возраста. Статистика убедительно свидетельствует о том, что переход от профессиональной жизни к монотонному существованию пенсионера грозит вызвать резкое, порой чрезвычайно быстрое снижение умственных способностей.

Физическое состояние, а именно недужность, болезненность, может рассматриваться как фактор старения, причина неудовлетворенности жизнью в старости. Повышенное внимание к возрастным изменениям в физическом состоянии — типичный признак первых этапов старения. Возникает повышенное внимание по отношению к недужности и болезненности, аффективная окраска этого чувства в зависимости от возраста и пола. С возрастом происходят физические изменения, приводящие к ухудшению физического состояния. Индивидуальные разли-

чия велики. Каждый пожилой человек находится в уникальном положении, поскольку все стареет с разной скоростью. В организме одного и того же человека различные структуры изменяются с различной скоростью. Определенные части тела сопротивляются старению больше, чем другие; различные возможности организма утрачиваются в разное время. Физическое состояние человека при старении зависит от его психологического состояния, его способа проживания, его наследственной конституции, а также различных факторов окружающей среды. Наследственная конституция играет главную роль в физическом изменении. Физические изменения появляются у людей в различном возрасте. Здесь необходимо отметить, что создание объективного отношения к собственному старению является активным элементом психической жизни в старости, и это обуславливает существенную зависимость физического самочувствия от психологического.

Еще одной проблемой является вопрос об определении временных интервалов в старости. Уже достаточно давно философы и даже некоторые представители точных наук высказывают предположение о субъективном характере времени, по крайней мере, для человеческого существа. Особенно отчетливо эта закономерность прослеживается для времени в старости. Происходит изменение временных перспектив, в том числе удлинение прошлого, сокращение настоящего, будущее начинает рассматриваться как очень ограниченный, конечный, практически недоступный отрезок жизни. Отмечен также феномен особой, эмоционально окрашенной обращенности пожилых людей к воспоминаниям прошлого. Важным фактором, влияющим на поведение пожилых людей, является влияние осознания краткости или отсутствия будущего на активность и мотивацию деятельности, жизненные планы.

Характерной особенностью психического состояния в старости является постоянное подсознательное предчувствие близкой кончины, причем смерть рассматривается как близкое и глубоко личное явление, и страх смерти возникает как разновидность невроза, обостряющегося в старости.

В нашем социуме старые формы взаимодействия разновозрастных членов общества, например, в рамках многопоколенной патриархальной семьи, отмерли далеко не в последнюю очередь в связи с уменьшением влияния традиционной семьи с переходом к пробному, гражданскому и даже гостевому браку. Теория разъединения объясняет, что один из элементов старения — уменьшение количества социального взаимодействия между пожилыми людьми. В этом отношении отставка играет, возможно, наиболее радикальную роль в разъединении. Часто коллеги по работе составляют большую часть знакомых. Разрыв человека с партнерами по работе также означает потерю большей части социальной деятельности. Это становится другим источником удара, к которому человек должен приспособиться. Однако пока не возникло никаких новых форм жизни пожилых людей, групп и коллективов взаимопомощи в преодолении жизненных коллизий, как, например, союз защиты старейшин «Серые пантеры» в Германии, «Граждане пожилого возраста» в Америке. Общественная организация «Старшее поколение» в России пока малозаметна.

В самых крайних случаях можно отметить процесс «возрастной сегрегации», когда пожилые люди рассматриваются как социальные изгои, происходит лишение стариков традиционного ореола мудрости, возникает психологический дискомфорт. Можно отметить также социально-психологические и экономические факторы, определяющие специфику старения и положение пожилых в обществе, такие, как владение собственностью и доход, наличие стратегических знаний, традиционно высокая работоспособность, поддержание традиций и повышенная склонность к религии, потеря роли и ролевая неопределенность, потеря будущего, взаимная зависимость с близким окружением. Для человека становится необходимым переоценить свою Я-концепцию и персональную идентичность в свете новой жизненной роли. Главная задача в этом возрасте состоит в том, чтобы принять физические изменения и связанные с ними ограничения, сохранить силу и ресурсы для жизни. Другие задачи связаны с нахождением удовлетворительного жилья на небольшую пенсию, поддержанием интереса к людям, укреплением свя-

зи с детьми и внуками, заботой о пожилых родственниках, способностью справиться с тяжелой утратой и вдовством, а также с выполнением социальных и гражданских обязанностей. Недостаток умственной деятельности часто встречается в пожилом возрасте. Пожилых людей серьезно беспокоит ослабление памяти. Имеются две главные причины для этого. Прежде всего это могут быть органические изменения, вызванные ухудшением состояния артерий, кровоснабжения, вследствие чего мозг не получает питания, необходимого для эффективного функционирования познавательных процессов. Другая причина — очевидная потеря интереса к текущим делам. Часто пожилые люди ищут убежище в своих воспоминаниях о прошлом, когда они были успешны. Несмотря на то, что интеллект пожилого человека ослабевает в сравнении с прежним временем, способность учиться снижается достаточно медленно. Старческие изменения сказываются не столько на способностях к обучению, сколько на процессах восприятия, памяти, внимания и психологическом состоянии человека.

Пожилые люди нуждаются в реальных родственных связях и переживаниях, которые будут поддерживать их слабеющее эго и обеспечивать им доказательство того, что они кому-то нужны. Пожилые люди сталкиваются с разнообразным социальным давлением, сравнимым с тем, которое испытывает солдат в сражении, защищая самого себя. Личная потребность солдата в безопасности часто идет вразрез с требованиями, предъявляемыми ему обществом и конкретной ситуацией. Однако солдат все же получает определенную культурную поддержку. В то же время пожилые люди получают меньше поддержки или вообще не поддерживаются обществом в их усилиях выжить. Это происходит потому, что общество в целом плохо информировано о том, что делать, чтобы помочь пожилому человеку. Основной целью выживания является предоставление личности возможности адаптироваться к внешнему миру и справиться с прогрессирующими потерями возраста, такими, как потеря физических возможностей, потери в культурной ориентации в будущем. Изменения эго, как результат старения, заставляют пожилых людей искать новые источники удовлетво-



рения поддержки их уменьшающегося самоуважения. Они в основном ищут любви, уважения и удовлетворения, которые они с трудом получают от других людей. Эти потребности усиливаются в тот период, когда их возможности уменьшаются. Как происходят интеллектуальные и физические изменения, так претерпевает изменения и личность человека. Пожилой человек, который общается с родственниками, может наблюдать, как более молодые люди занимают место в мире, которое раньше было занято его поколением. Он также осознает, что сейчас он зависит от более молодого человека, тогда как раньше молодой зависел от него. Многие из друзей страдают от заболеваний, присущих позднему возрасту, или умерли, поэтому пожилые люди ощущают себя одинокими, изолированными и поглощенными своими мыслями, заняты мелкими заботами, которые могут, по большому счету, даже не занимать их.

Часто рассматривают понятие удовлетворенности жизнью как комплексный показатель, отражающий степень совмещения личных потребностей и ожиданий пожилых и социальной, общественно-экономической ситуации, и отмечают необходимость радикального изменения общественного мнения и политики современного общества по отношению к старикам. Что же касается существующих попыток облегчить жизнь пожилым, то многие отмечают их рационализм и ограниченность.

Перспективой для «общества пожилых» может быть переоценка ценностей, когда в рамках развития постиндустриального общества будет происходить смена «этики продуктивности» «этикой качества жизни», расширение сферы деятельности пожилых людей, исчезновение стереотипа пожизненной профессиональной карье-

ры, чередование циклов общественно-полезного труда, активного досуга, образования, смены деятельности.

В ГКБ № 60 разработана специальная программа мероприятий по преодолению или частичному снижению влияния подобных проблем у пациентов. Она базируется на формулировании целей психологического воздействия, среди которых отмечаются такие понятия, как «социальная компетентность», «изменчивость поведения», «успешное старение», «эффективное приспособление», «поздняя свобода», «искусство старения».

В состав программы входят такие мероприятия, как групповая психотерапия, дискуссионные группы для родственников и членов семей пожилых пациентов с тяжелым физическим и психическим нарушением, восстановительная терапия, организация терапевтической среды для проведения терапии, семейная психотерапия, дискуссионная терапия и др.

Результатом является снижение количества жалоб пациентов и членов их семей и возможность более полно реализовать лечебные возможности ГКБ № 60.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Венский международный план по проблемам старения. Утвержден Всемирной ассамблеей по проблемам старения, Вена, 26 июля-6 августа 1982 (A/CONF.113/31, глава VI).
2. Александрова М.Д. Очерки психофизиологии старения. Л.; 1965.
3. Висьневска-Рошковска К. Новая жизнь после шестидесяти. М.; 1989.
4. Давыдовский И.В. Геронтология. М.: Медицина; 1966. 300.

Поступила 25.10.2006

## СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

УДК 614.2:612.67

### МОДЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО УХОДА ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ, ДЕЙСТВУЮЩАЯ В ФИНЛЯНДИИ: ВОЗМОЖНОСТЬ АДАПТАЦИИ В СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ РОССИИ

И.Д. Копырина, А.Л. Арьев, М.В. Малаховская

*Медицинская академия последипломного образования,  
кафедра геронтологии и гериатрии, Санкт-Петербург, Россия*

*Ключевые слова: медико-социальный уход, государственный социальный заказ, пожилые и старые люди*  
*Key words: medical and social care, State social order, elderly and the old*

Стремительный рост удельного веса и абсолютного числа пожилых людей ведет к росту демографической нагрузки, что существенно влияет на финансирование помощи пожилым людям [Pietilä I., Дорофеев В.О., Pohjolainen P., 2002].

На современном этапе развития России приходится констатировать, что практически все социальные и экономические реформы, проводимые в нашей стране, почему-то не улучшают, а чаще, наоборот, ухудшают качество жизни пожилых людей. Хотя по своим намерениям они являются правильными и даже прогрессивными, но в большинстве случаев плохо продуманными и поспешно реализуемыми, а механизмы их проведения вполне соответствуют ставшей крылатой фразе: «Хотели как лучше, а получилось как всегда» [Васильчиков В.М., 2006].

Изменения в российском законодательстве, произошедшие в результате проводимой в стране реформы социальной сферы, в части предоставления услуг пожилым людям для большинства населения остались незамеченными, в отличие от монетизации льгот, но тем не менее однозначно

сказались на возможности получения медицинской помощи в прежнем объеме гражданами пожилого возраста в социальных учреждениях.

Из принятых в 1993 г. Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан в результате вступления в силу Федерального закона от 22 августа 2004 г. № 122-ФЗ исчезла статья 26, закреплявшая право граждан пожилого возраста на медико-социальную помощь и реабилитацию бесплатно или на льготных условиях (при наличии соответствующего медицинского заключения). Одновременно такая же участь постигла и статью 27 указанных Основ, закреплявшую право инвалидов на медико-социальную помощь, реабилитацию, обеспечение лекарствами, протезами, протезно-ортопедическими изделиями и средствами передвижения на льготных условиях. Особенно пострадали от реформы клиенты стационарных учреждений социального обслуживания. Изменения, внесенные в статью 40 «Специализированная медицинская помощь» Основ законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан, обернулись отказом территориальных

амбулаторно-поликлинических учреждений проводить безвозмездно силами узких специалистов консультации, профилактические осмотры и диспансеризацию пожилых людей и инвалидов, проживающих в социальных стационарах. А средства на эти цели, как правило, в смету домов-интернатов не закладываются.

Реформа системы социального обслуживания, проведенная в соответствии с тем же Законом № 122 и приведшая к ликвидации муниципального сектора социального обслуживания, хотя и была осуществлена в рамках действующей в нашей стране Конституции, но никак не согласуется с мировыми тенденциями. В большинстве стран, уже много десятилетий занимающихся социальной работой, социальные услуги населению оказываются либо муниципальными (коммунальными) службами, либо частными агентствами. А в России при практическом отсутствии негосударственных учреждений социального обслуживания разрушается достаточно хорошо зарекомендовавший себя муниципальный сектор.

В ходе проведения реформы в некоторых регионах возникли проблемы, связанные с передачей муниципальных учреждений социального обслуживания, чаще всего социально-оздоровительных, в ведение органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации. Органы местного самоуправления отказались сохранить за этими учреждениями помещения, находящиеся в муниципальной собственности, или передали их в ведение сохранившихся муниципальных структур: здравоохранения или образования.

Суть проблемной ситуации заключается в том, что старение населения планеты есть фактор увеличения ресурсов, в том числе финансовых, для служб здравоохранения и социальной защиты. Пожилые и старые люди во многих странах мира, включая Россию, используют диспропорциональное количество ресурсов здравоохранения и социальной защиты населения. Соответственно экономически более эффективными видами долговременной стационарной помощи пожилым будут считаться те виды, которые будут способствовать сокращению расходов на здравоохранение и социальную защиту и стимулировать поиск новых альтернативных форм помощи.

Несмотря на существующие работы по изучению медико-социального обслуживания пожилых и старых людей в России, отсутствуют исследования по проблемам организации и функционирования специализированных частных (коммерческих и некоммерческих) учреждений долговременного ухода, финансируемых через социальный муниципальный заказ, в системе социального и медицинского обеспечения населения, как самостоятельной, эффективной модели.

Цель настоящего исследования — выявить возможности адаптации финской модели долговременного медико-социального ухода за пожилыми людьми в условиях современной социально-экономической ситуации в России.

### Характеристика функционирования модели в Финляндии

В Финляндии к учреждениям, оказывающим долговременный медико-социальный уход за пожилыми людьми в условиях стационара, относятся больницы, дома для престарелых и дома сестринского ухода государственного и частного секторов.

Однако в отличие от российских стационарных учреждений медико-социального обслуживания, первостепенной задачей которых является оказание квалифицированной своевременной медицинской помощи, в Финляндии приоритетом является создание комфортных условий проживания, максимально приближенных к домашней обстановке.

Из всего спектра учреждений данного профиля для нас особенно интересен опыт организации домов сестринского ухода.

На 31 декабря 2001 года число клиентов в домах сестринского ухода составило 28 361 человек (рис. 1) [7].

Проживающим в домах сестринского ухода пожилым людям предоставляется тот же спектр социальных, бытовых, медицинских услуг, что и в российских домах-интернатах. Однако благодаря хорошему финансовому обеспечению и высокоразвитой сфере социальной защиты населения осуществляются они на качественно более высоком уровне. Медицинское обслуживание направлено на обеспечение единства профилактических, лечебных, психологических и других воздействий, предупреждение обострений хронических заболеваний, обеспечение ди-

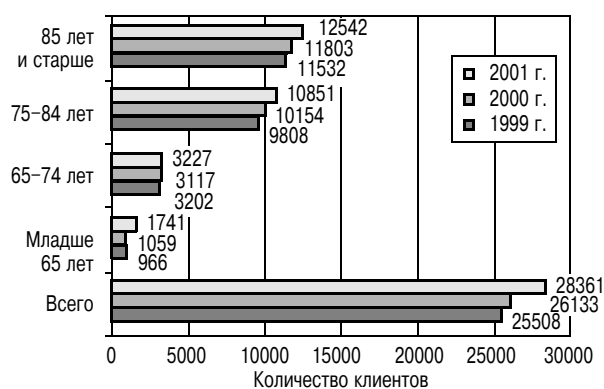


Рис. 1. Динамика обслуживания клиентов в домах сестринского ухода в Финляндии за период с 1999 по 2001 г. в зависимости от возраста.

намического наблюдения за состоянием здоровья проживающих, квалифицированного ухода. Профессиональный уход за пациентом — это, прежде всего, максимально качественный уход. Свои знания, умения и опыт медицинская сестра должна сочетать с заботой о человеке. Искусство ухода и заключается в том, чтобы ухаживать не за пациентом с каким-либо заболеванием, а за человеком, обладающим индивидуальными особенностями, характером, привычками, желаниями. Не только пациенты отличаются друг от друга, но и ситуации, в которых они оказываются. Создание благоприятных условий для пациента, деликатное и тактичное отношение, готовность оказать помощь в любую минуту являются обязательным условием качественного сестринского ухода.

В Финляндии существует 5 независимых источников финансирования проживающих в домах сестринского ухода граждан:

- государственный бюджет;
- фонды медицинского страхования;
- накопительные фонды организаций;
- поддержка спонсоров и различные пожертвования;
- платежи клиентов.

Ключевую роль в управлении учреждением играет коллективный орган (наблюдательный совет). Он контролирует направления и масштабы деятельности организации, утверждает её финансовый план. Наблюдательный совет является выборным органом. Члены совета (9 человек) ежегодно избираются из числа 50 частных лиц, которые выступают в роли учредителей данной организации посредством внесения ежегодного взноса в размере 5 €.

Между учреждением и муниципалитетом города заключен двусторонний договор, в котором прописано, что город покупает социально-медицинские услуги у учреждения. Из пунктов контракта следует, что муниципалитет, а не руководство учреждения определяет очередность поступления клиентов в дом сестринского ухода.

Противопоказаниями для поступления клиента в учреждение являются активная форма туберкулеза, венерические, острые инфекционные и психические заболевания, болезни кожи, обострение хронических заболеваний.

Как показывает опыт работы социально-медицинских служб разных стран, наиболее приемлемыми являются учреждения с минимальным числом проживающих (40–60 мест), где возможно создание домашней обстановки, атмосферы семьи. Это связано с возрастными и психологическими особенностями лиц пожилого возраста. Пожилой человек, его родственники или его представители самостоятельно определяют внутреннее убранство комнат. Двери дома сестринского ухода всегда открыты для родственников, друзей и знакомых клиентов.

Длительность пребывания в учреждении больше, чем в других лечебно-профилактических учреждениях, она не ограничена строгой датой выписки, а зависит от состояния пациента и во многом — от его возможности обслуживать себя.

Порядок оплаты и длительность пребывания на койке в учреждении определяются состоянием клиента и закрепляется в договоре между директором дома и клиентом либо его родственниками, либо его опекунами.

Учреждение не имеет каких-либо льгот при оплате коммунальных услуг.

Клиент оплачивает проживание и питание в учреждении. Стоимость проживания варьируется от 312,10 до 448,90 € в месяц, в зависимости от площади занимаемых комнат (30 комнат от 24 до 29 м<sup>2</sup>, 1 комната 33,5 м<sup>2</sup> — стоимость от 328,30 до 448,90 €; 22 комнаты по 27,5 м<sup>2</sup> — стоимость 312,10 €, 8 комнат по 40 м<sup>2</sup> — стоимость от 442,65 до 476,70 €). Стоимость питания включает завтрак, кофе/чай с выпечкой или десертом (2 раза в день), обед и ужин — 316,50 € в месяц/полный пакет; если клиент заказывает сборный пакет питания то стоимость увеличивается: завтрак — 78,10 €, кофе/чай с выпечкой или десертом (2 раза в день) — 30,35 €,

обед – 145,10 €, ужин – 100,10 €. Совокупное увеличение стоимости составляет 11,7% (все расчеты произведены в ценах января–марта 2005 г.).

В рамках социально-медицинского обслуживания пожилых людей, проживающих в стационарных учреждениях социального обслуживания, особое внимание уделяется организации питания. Пища приготавливается непосредственно в отделении, где специально для этого оборудована кухня. Такая система позволяет учитывать индивидуальные запросы и вкусы проживающих, которые посредством своих заявок, не противоречащих рекомендациям лечащих специалистов, участвуют в составлении меню.

Набор социально-медицинских услуг, а соответственно и их стоимость определяются на основании комплексной гериатрической оценки, которая выявляет реальные потребности клиента. Существует прямая зависимость стоимости от гериатрической оценки.

Проанализируем две ситуации.

Клиент А. Степень потери способности к самообслуживанию и передвижению низкая. Стоимость социально-медицинского ухода составляет 934,38 € в месяц. Из этой суммы клиент обязан заплатить 420,47 €, что равняется 45% стоимости (максимальный процент). Остаток стоимости будет оплачен муниципалитетом (55% – 513,91 €).

Клиент В. Степень потери способности к самообслуживанию и передвижению высокая. Стоимость социально-медицинского ухода составляет 1401,57 € в месяц. Из этой суммы клиент обязан заплатить 420,47 €, что равняется 30% от стоимости (минимальный процент). Остаток стоимости будет оплачен муниципалитетом (70% – 981,1 €).

Необходимо особо отметить, что именно в данном финансовом условии заключается один из факторов успеха этого типа учреждения на рынке услуг: учреждение имеет стабильное финансирование, клиент – фиксированную стоимость ухода.

Клиенты дома сестринского ухода получают полный комплекс социально-медицинских услуг:

- прием, размещение соответственно тяжести состояния;
- квалифицированный медицинский уход;
- квалифицированное социальное обслуживание;
- своевременное выполнение врачебных назначений и процедур;
- динамическое наблюдение за состоянием;

- своевременная диагностика осложнений или обострений хронических заболеваний;
- первая экстренная и неотложная помощь;
- своевременный перевод при обострении хронических заболеваний или ухудшении состояния в соответствующие лечебно-профилактические учреждения;
- периодические врачебные осмотры, в зависимости от состояния, но не реже одного раза в неделю;
- консультативная помощь больным с хроническим заболеванием по рекомендации врача;
- психологическая помощь и адекватная симптоматическая терапия;
- питание, в том числе диетическое, в соответствии с врачебной рекомендацией;
- одевание, раздевание, личная гигиена, кормление.

Для консультации относительно состояния клиента в учреждение могут приглашаться на договорной основе специалисты по различным видам реабилитации, психотерапевты, юристы и др.

Один раз в неделю клиенты пользуются услугами банщицы. По мере необходимости и за дополнительную плату клиенты могут воспользоваться услугами парикмахера (в том числе маникюр и педикюр), автотранспорта, прачечной (стирка, чистка, глажение личного белья пациента) и др.

Примерное штатное расписание учреждения на 61 клиента:

1. Директор – 1 ставка.
2. Заместитель директора – 1 ставка.
3. Секретарь – 1 ставка.
4. Специалист по социальной работе – 3 ставки.
5. Средний медицинский персонал – 30 ставок
6. Повар – 4 ставки.
7. Уборка помещений – 2 ставки.

Для улучшения координации деятельности практикующих врачей в ходе реформы в сфере социальной помощи была учреждена должность менеджера по обслуживанию. Он координирует процесс оказания помощи, дает советы по возможным услугам и организует службы по мере необходимости.

Дом сестринского ухода – это одно из немногих учреждений, где статус среднего медицинского работника очень высок, так как именно на

него ложится основная нагрузка по оказанию социальной и медицинской помощи. В учреждении не предусмотрены ночные дежурства врача, поэтому ночью медсестры самостоятельно проводят реанимационные мероприятия, в пределах своей компетенции дополнительно назначают ненаркотические обезболивающие препараты онкологическим больным, чтобы купировать болевой синдром, облегчить страдания.

Нагрузка на 1 единицу среднего медицинского персонала – 6 – клиентов, в то время как в других стационарах значительно больше. Это позволяет осуществлять более качественное социальное и медицинское обслуживание, индивидуальный уход за клиентом, уделять им больше внимания, беседовать с ними и их родственниками, обучать клиентов навыкам самообслуживания после инсульта, помогать адаптироваться к новым условиям жизни после ампутации, облегчать последние дни жизни онкологическим больным. Данное учреждение, как и все остальные организации в Финляндии, предоставляющие социально-медицинские услуги пожилым, соблюдают фундаментальные основы прав клиентов:

– Безопасность – окружающая обстановка и структура поддержки, которые обеспечивают покой, помощь, предоставляемую с готовностью в нужное время, и разумную защиту от опасности – все помещения зданий, кроме комнат клиентов, оборудованы системами видеонаблюдения: все, что происходит в стенах учреждения, записывается на носители информации 24 ч в сутки.

– Право принадлежать самому себе – право быть оставленным в покое или свободным от вмешательства, публичного внимания к своей жизни.

– Достоинство – признание внутренней ценности людей, выраженное в уважении к их уникальности и личным нуждам, независимо от сложившихся обстоятельств.

– Независимость – возможность мыслить и действовать без ссылки на другого человека, включая готовность принять на себя определенный риск.

– Права – сохранение всех прав, связанных с гражданством.

– Право выбора – возможность самостоятельного выбора из ряда вариантов.

– Удовлетворенность достигнутым – воплощение личных устремлений и способностей во всех аспектах повседневной жизни.

Достижение экономической эффективности и нового уровня качества предоставления долговременного социально-медицинского ухода за пожилыми гражданами в Финляндии обусловлено более активным привлечением к данному виду деятельности предприятий частного некоммерческого сектора. Частные некоммерческие организации в Финляндии сегодня предоставляют пожилым людям широкий выбор социально-медицинских услуг и находят новый рынок. Это ведет к созданию условий для конкуренции производителей. Конкуренция же, в свою очередь, нашла выражение в следующих положительных последствиях, которые приветствуются обществом: 1) появились новые понятия – уход за потребителем, качество менеджмента, управление качеством, проверка качества работы, вклады в людей (тренинг для сотрудников с целью их профессионального развития), оптимальное соотношение между качеством и стоимостью услуг для пожилых людей, т. е. развитие качества услуг, а не только стремление удешевить их; 2) местным органам власти легче контролировать заключение контрактов по оказанию услуг пожилым, чем их выполнение; 3) учитываются нужды каждого конкретного пожилого человека; 4) происходит поиск новых методов оказания услуг, которые не зависят от государства.

#### **Анализ потребности пожилого населения России в долговременном социально-медицинском уходе при стационарном обслуживании**

Не вызывает сомнения, что существенным моментом при разработке адаптированной модели долговременного стационарного социально-медицинского ухода за пожилыми людьми, частично или полностью утратившими способность к передвижению и самообслуживанию, должен быть учет демографической ситуации в стране в целом и в региональном разрезе. Как неоднократно отмечалось, в России, где демографический переход начался позднее, чем в странах Западной Европы, а следовательно, и показатели старения были несколько ниже, процесс старения населения неуклонно прогрессирует [5]. На рис. 2 представлена динамика суммарного коэффициента рождаемости (он пока-

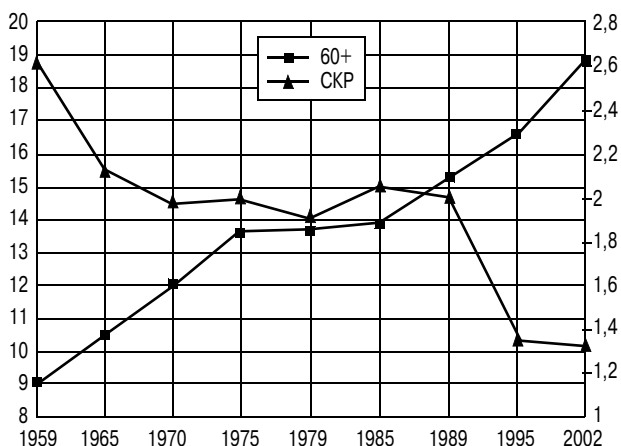


Рис. 2. Динамика суммарного коэффициента рождаемости (СКР) и доли лиц в возрасте 60+ (%), Россия, 1959–2002 гг.

зывает, сколько в среднем детей родила бы одна женщина на протяжении всего репродуктивного периода; далее по тексту), и доли лиц в возрасте 60 лет и старше в общей численности населения для России в 1959–2002 гг., отражающая связь процесса старения со снижением рождаемости.

В настоящее время в состав Российской Федерации входят 89 регионов – субъектов Российской Федерации, сгруппированных в 7 федеральных округов: Центральный, Северо-Западный, Южный, Приволжский, Уральский, Сибирский и Дальневосточный. Наиболее многочисленны Центральный и Приволжский федеральные округа, в которых сосредоточено соответственно 26,2 и 21,5% населения России. А в Дальневосточном округе, занимающем более трети территории страны, проживает всего 4,6% россиян [4]. В табл. 1. приведены основные показатели демографических процессов для Рос-

сии и федеральных округов в 2001 и 2002 г. (более темным отмечены те значения, величина которых больше общероссийской).

На рис. 3–5 и в табл. 1 представлены показатели старения населения России и федеральных округов в 1995 г. [3] и 2002 г. [2]. Как и следовало ожидать, значения всех показателей для всех федеральных округов за 1995–2002 гг. возросли.

Таким образом, имеют место значительные региональные различия показателей старения населения. Чтобы дать некоторые представления о возможном разбросе показателей старения, приведем их для регионов, входящих в Северо-Западный федеральный округ. На рис. 6–8 представлены значения доли лиц 60 лет и старше, индекса старения и демографической нагрузки за счет пожилых для Северо-Западного федерального округа в целом и входящих в него субъектов федерации.

При обсуждении экономических и социальных последствий демографического старения на первый план выдвигается увеличение демографической нагрузки за счет пожилых (см. рис. 2, 8). Нельзя не признать, что в ближайшие десятилетия в России, как и в большинстве промышленно развитых стран, меньшему числу трудоспособного населения придется содержать большее число нетрудоспособных пенсионеров. В сборнике ООН «World Population Policies 2003» представлено, в частности, восприятие положения в демографической сфере стран мира правительствами соответствующих стран, т. е. их озабоченность или не озабоченность тенденциями демографического развития, в том числе старением населения. По данным ООН, для Пра-

Таблица 1

Общая демографическая нагрузка и показатели старения для России и федеральных округов, 2002 г.

Регион	Доля лиц в возрасте 60+	Индекс старения	Демографическая нагрузка		Коэффициент поддержки родителей
			за счет пожилых	общая	
Россия	18,5	112,8	28,4	53,5	4,7
Центральный	21,4	155,3	33,0	54,3	5,5
Северо-Западный	18,8	128,9	28,3	50,2	4,4
Южный	17,6	91,4	28,0	58,6	5,1
Приволжский	18,9	112,2	29,3	55,3	4,9
Уральский	16,1	94,7	24,1	49,6	3,8
Сибирский	16,2	92,2	24,5	51,2	3,7
Дальневосточный	13,2	73,7	19,1	45,0	2,2

Источник: Г.Л. Сафарова, Н.Г. Косолапенко, В.А. Арутюнов. Региональная дифференциация показателей старения населения России. Успехи геронтол. С.-Пб.: ЭСКУЛАП; 2005. Вып. 16. 7–13.

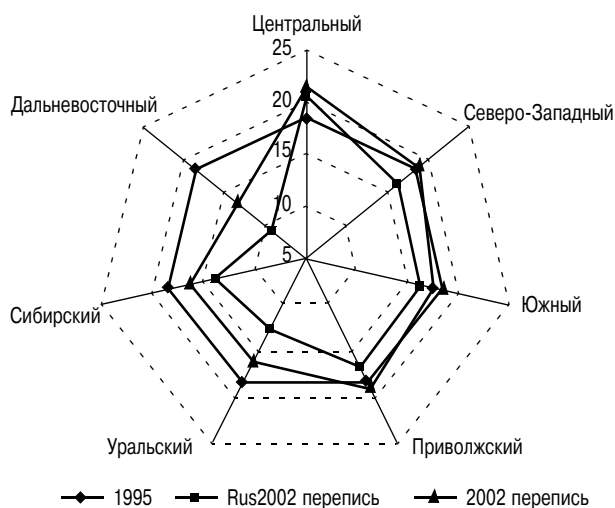


Рис. 3. Доля лиц в возрасте 60+.

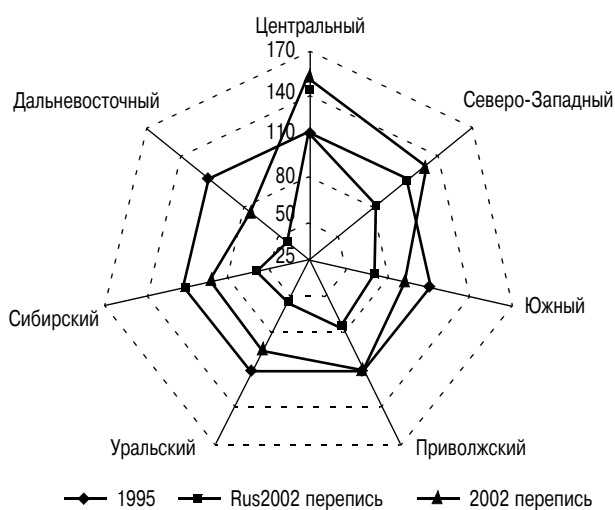


Рис. 4. Индекс старения, Россия и федеральные округа.

вительства России старение населения представляет «major concern». Однако в Концепции демографического развития Российской Федерации до 2015 г., одобренной распоряжением Правительства РФ от 24.09.2001 г. № 1270-р, в которой проблемы демографического развития традиционно представлены в виде трех блоков: здоровье/продолжительность жизни, рождаемость/семья и миграция, — вопросы, связанные со старением населения, даже не выделены отдельным разделом.

Из отчета «О результатах проверки выполнения федеральными органами исполнительной власти и органами исполнительной власти ряда субъектов Российской Федерации федеральной целевой программы «Старшее поколение» на 2002–2004 гг.» становится ясно, что потребность пожилых и старых людей в различных

формах стационарного социально-медицинского обслуживания удовлетворяется не выше 50%. Медицинскую помощь в стационаре получают лишь 22% нуждающихся. Не снижается очередь на получение мест в домах-интернатах. Она составляет свыше 16 тыс. человек, из которых каждый третий ждет место более года, в то время как его социальный и физиологический статус ухудшается. И это несмотря на то, что дома-интернаты для престарелых граждан, как правило, располагаются в зданиях производственного назначения постройки XIX в. или относящихся к культовым сооружениям, каждое пятое из 1185 действующих нуждается в капитальном ремонте, 399 — требуют реконструкции. В отдельных стационарных учреждениях жилая площадь на одного проживающего составляет около 3 м<sup>2</sup> при нормативе от 7 м<sup>2</sup>.

Потребность населения пенсионного возраста в госпитализации и продолжительность их

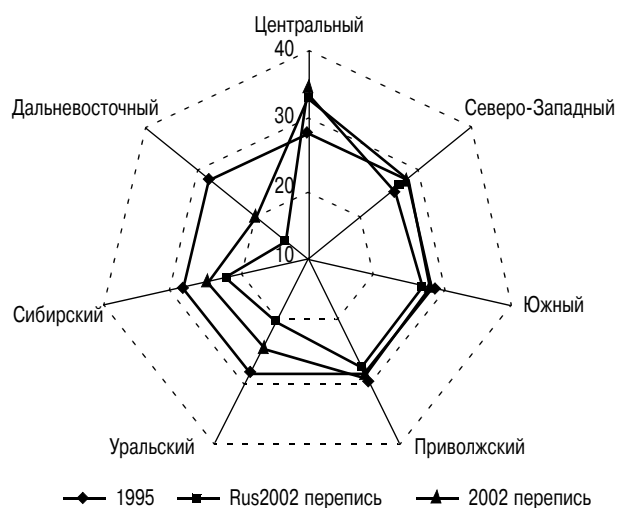


Рис. 5. Демографическая нагрузка за счет пожилых.

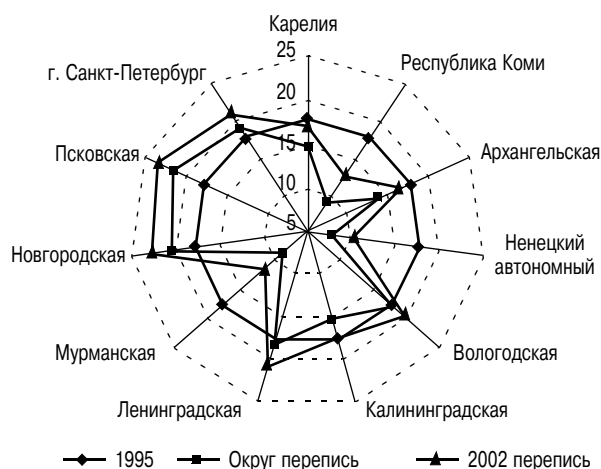


Рис. 6. Доля лиц в возрасте 60+ Россия и федеральные округа.





Рис. 7. Индекс старения.

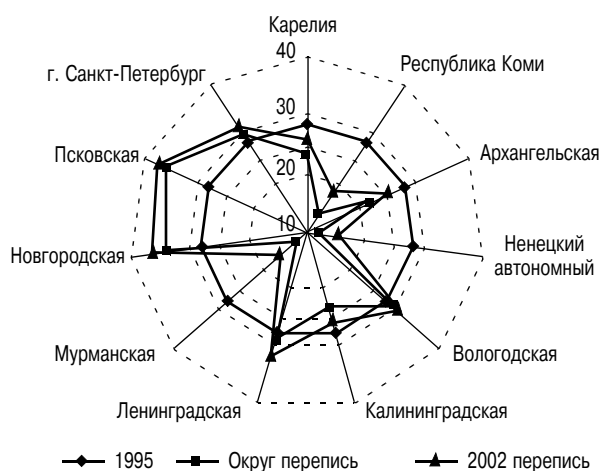


Рис. 8. Демографическая нагрузка за счет пожилых в Северо-Западном федеральном округе.

Источник (рис. 3–8): Г.Л. Сафарова, Н.Г. Косолапенко, В.А. Арутюнов. Региональная дифференциация показателей старения населения России. Успехи геронтол. С.-Пб.: ЭСКУЛАП; 2005; вып. 16. 7–13.

пребывания в стационаре существенно больше в сравнении с другими группами населения (см. рис. 9, 10).

В периодическом долговременном стационарном лечении нуждаются около 10,4–12,7% лиц пенсионного возраста. Постоянное пребывание в учреждениях стационарного типа по социально-медицинским показаниям требуется 2,4% пенсионеров.

Экономически более эффективным является помещение пожилых клиентов для долговременного или постоянного пребывания не в больницы, а в дома сестринского ухода. Содержание 1 койки в больнице обходится в среднем в 2–2,5 раза дороже, чем в доме сестринского ухода. В связи с этим необходимо создавать социально-медицинские учреждения различных

типов по интенсивности лечения и ухода для кратко- и долговременного пребывания пожилых и старых людей со сниженным уровнем функциональных возможностей. Пребывание престарелых, хронически больных и инвалидов в обычных стационарах не только не обосновано с медицинских позиций, но и экономически нерационально, поскольку в основном эти пациенты нуждаются в минимальном объеме лечебных мероприятий и длительном сестринском уходе.

Следует обратить внимание и на решение такого вопроса как, какие потери несет общество в связи с неуплатой налогов трудоспособными гражданами, вынужденными ухаживать за своими больными родственниками дома.

Исследование «Определение социально-экономического портрета родственников пациента,

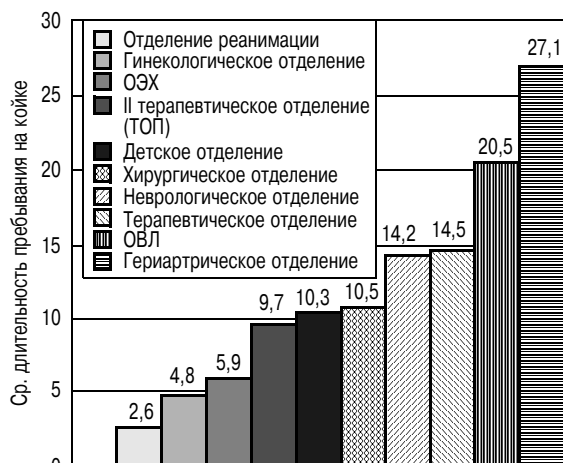


Рис. 9. Средняя длительность пребывания.

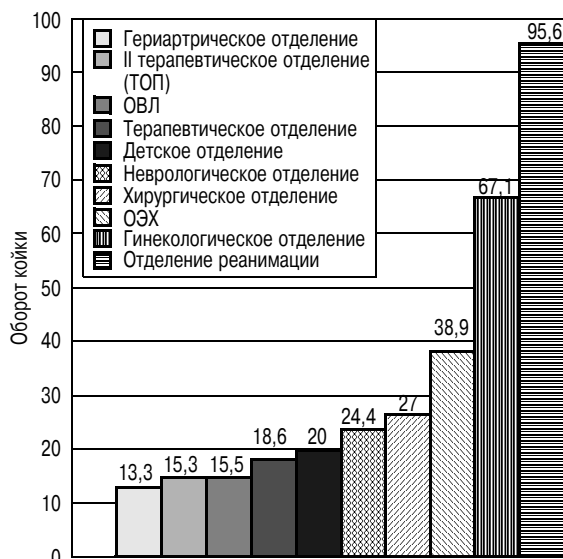


Рис. 10. Оборот койки в отделениях стационара ГУ СМЦ им. Н. А. Семашко в 2005 г.

страдающего деменцией, и расчет эффективности развития системы геронтопсихиатрических отделений», проведенное в июле 2001 г. на базе отделения геронтопсихиатрии Санкт-Петербургского городского гериатрического медико-социального центра [1], демонстрирует нам следующую интересную картину. Средний возраст клиентов, которые проходят курсы лечения и реабилитации в отделении геронтопсихиатрии, составляет 81,1 года. Средний возраст родственников, ухаживающих за больными, составляет 52,6 года, то есть это люди предпенсионного возраста. В то же время это люди, имеющие высокие квалификационные навыки, а следовательно, высокий производственный потенциал. Потери в доходе для семьи, если такой человек не работает, составляют в среднем 1300 руб. (минимально – 400 руб., максимально – 8000 руб.). В среднем государство недополучает от этих граждан по ЕСН и налогу на доходы с физических лиц ежемесячно с 1 неработающего человека 634,4 руб. В свою очередь государство выплачивает пожилым людям пенсию, предоставляет льготы на проезд в транспорте, по оплате коммунальных платежей, на лекарственное обеспечение и др.

Один день пребывания такого пожилого человека в домашних условиях с использованием амбулаторной медицинской помощи и скорой помощи, ресурса трудоспособных родственников и льгот государства обходится государству в 85,19 руб. За календарный год эти затраты соответственно составляют 31094,35 руб.

Стоимость 1 дня пребывания такого пациента, требующего постоянного ухода, в отделении геронтопсихиатрии, рассчитанная по затратному методу, составила 184,44 руб.

Затраты государства за год с учетом лечения пациента в стационаре в течение 42 дней (2 раза в год), льгот, предоставленных государством, выплаты пенсий и отрыва родственников от производства в связи с потребностью в уходе, составляет 35 262,85 руб.

На первый взгляд уход с применением стационарных геронтотехнологий обходится дороже, но при условии, что родственники больных выходят на работу, затраты государства снижаются, так как осуществляются налоговые платежи, которые составили на момент расчетов 7456,04 руб. в год на 1 человека. Кроме того,

клиент получает квалифицированную помощь специально обученного персонала.

Следовательно,  $35262,85 - 7456,04 = 27806,81$  руб. в год обходится государству содержание клиента с частичной или полной потерей способности к передвижению и к самообслуживанию при использовании современных методов реабилитации в условиях отделения геронтопсихиатрии. Экономия бюджетных средств при условии реабилитации и лечения пациента в стационаре составляет 3287,54 руб. в год – это получение государством налогов с 1 трудоспособного человека, который вынужден, имея больного родственника, заниматься проблемами социально-медицинского ухода.

Но помимо этого, трудоспособные граждане вносят свой вклад в общественное производство, появляется дополнительный доход в семье, улучшается психологический климат, пожилые и старые люди получают квалифицированную помощь специалистов и медицинских сестер, а город – дополнительный трудовой резерв.

Проведенные расчеты были весьма усреднены, невелики по объему и охватили не весь спектр затрат государства на престарелого клиента социально-медицинского учреждения, но даже они подтверждают экономическую обоснованность и закономерность развития сети домов сестринского ухода, предоставляющих социально-медицинское обслуживание. Все расчеты приведены в ценах 2001 г. [1].

#### **Механизм предоставления социально-медицинских услуг в рамках адаптированной модели – государственный (муниципальный) социальный заказ**

Под государственным (муниципальным) социальным заказом (в рамках модели) понимается совокупность размещаемых на конкурсной основе договоров между государственным (муниципальным) заказчиком и поставщиком, по условиям которых заказчик обязуется оплачивать социальные и медицинские виды услуг, оказываемые поставщиком населению на бесплатной или частично оплачиваемой для потребителей этих услуг основе.

Данный вид финансового обеспечения предполагает выделение средств по конкурсу на предоставление определенного вида и объема услуг, указанного в государственном (муниципальном)

контракте, и контролируемого по результату их оказания.

Принципиальным отличием государственно-го (муниципального) социального заказа является размещение задания на поставку социально-медицинских услуг не на принудительной, а на договорной основе. При этом договор должен заключаться по результатам конкурса, т. е. в условиях конкуренции за доступ к бюджетным ресурсам между государственными (муниципальными) и частными организациями, оказывающими однородные услуги.

В нашем случае муниципальный социальный заказ – это результат развития партнерских отношений бизнеса, общественных организаций и власти.

В отличие от традиционной системы социально-медицинского обслуживания технология заказа осуществляется по принципу покупки услуг. В качестве предмета заказа выступает формируемое заказчиком техническое задание на социально-медицинское обслуживание, которое включает в себя конкретные параметры, ожидаемые результаты (положительные изменения у целевой группы получателей услуг) и максимальную стоимость оказания услуг. Ответственность поставщика за соблюдение требуемых параметров технического задания и достижение результатов обеспечивается договорной основой отношений заказчика и поставщика. Четкий предмет заказа создает возможность демополизации рынка социально-медицинских услуг – заказ на выполнение технического задания может быть размещен на конкурсной основе и выдан наилучшему поставщику услуг, включая общественные некоммерческие организации или частных подрядчиков, что повышает качество услуг и оптимизирует бюджетные затраты. Кроме того, наличие четкого технического задания позволяет заказчику проводить полноценный мониторинг предоставленных услуг, а также последующую оценку их результата и эффективности. Особенностью мониторинга выполнения заказа является то, что внимание должно обращаться на содержательные моменты оказания услуг (соблюдение качественно-количественных параметров технического задания) и достижение результатов предоставления услуг, а не на процессные характеристики деятельности исполнителя, в частности постатейное расходование исполнителем финансовых средств, об-

Таблица 2

Аргументы в пользу социального заказа

АРГУМЕНТЫ ПЕРВОГО ПОРЯДКА	
Формирование активной социально-медицинской политики, снижение социальной напряженности	Укрепление демократических институтов власти
АРГУМЕНТЫ ВТОРОГО ПОРЯДКА	
1. Определение и устранение болевых точек в социально-медицинской сфере	1. Оптимизация структуры административно-территориального управления
2. Повышение адресности социально-медицинской политики	2. Повышение эффективности использования бюджетных средств
3. Создание новых рабочих мест в медико-социальной сфере	3. Прямая экономия бюджетных средств, направляемых в социальный сектор и в сектор здравоохранения
4. Улучшение структуры рынка труда за счет увеличения доли рабочих мест в медико-социальной сфере	4. Улучшение качества контроля за расходованием бюджетных средств
5. Повышение качества оказываемых услуг	
6. Рост оперативности решения проблем социально-медицинской сферы	
7. Вовлечение граждан в решение социально-медицинских проблем	
8. Упрочение авторитета власти	

щий объем которых определен договором. Другими словами, вопрос мониторинга заключается не в том, как исполнитель тратит деньги, а в том, делает ли он то, что на эти деньги было ему заказано.

В табл. 2 представлены аргументы в пользу социального заказа.

Государственный (муниципальный) заказ однозначно дает возможность экономить бюджетные средства, что доказывает в том числе и финская практика.

**Метод оплаты согласованного объема стационарной социально-медицинской помощи**

Исходя из содержания Программы социально-экономического развития Российской Федерации на среднесрочную перспективу (2006–2008 г.), утвержденной распоряжением Правительства РФ от 19 января 2006 г. № 38-р, особое внимание Правительства Российской Федерации в среднесрочной перспективе будет уделено реализации приоритетных национальных проектов в сфере здравоохранения, а также разработке мер, направленных на повышение эффективности программ в области социальной политики и совершенствовании механизмов предоставления социальной помощи.

В системе здравоохранения и социальной защиты населения существуют следующие серьезные экономические проблемы, связанные с оказанием долговременного стационарного социально-медицинского обслуживания пожилым гражданам:

1. ограниченность государственных гарантий оказания бесплатной социально-медицинской помощи, несбалансированность их с финансовыми ресурсами;

2. увеличение платы за оказание социально-медицинской помощи в неконтролируемых формах;

3. снижение доступности социально-медицинской помощи;

4. отсутствие существенного влияния сложившейся системы обязательного медицинского страхования на эффективность использования ресурсов здравоохранения;

5. постоянное повышение стоимости долговременного пребывания в стационарах;

6. неэффективное использование ресурсов в системе здравоохранения и социальной защиты населения;

7. слабое развитие сети комплексных специализированных социально-медицинских учреждений.

По мнению экспертов, решению данных проблем могут способствовать следующие мероприятия: перенесение части финансовой ответственности в негосударственный сектор; сокращение части излишних мощностей больниц, их использование для оказания социально-медицинской помощи; преобразование значительной части медицинских учреждений в новые организационно-правовые формы государственных (муниципальных) автономных учреждений, обладающих большей самостоятельностью в использовании ресурсов и получающих эти ресурсы за результаты своей деятельности; обеспечение перехода от принципа содержания медицинских учреждений к принципу оплаты конкретных объемов оказания медицинской помощи; повышение качества и доступности государственных социальных услуг требует создания новых моделей управления социальной инфраструктурой; проведение работ по формированию рынка социальных услуг с равными возможностями для их поставщиков, представляющих государственные и негосударственные социальные службы, создание новых организационно-правовых форм

учреждений социального обслуживания; отказ от сметного финансирования государственных социальных служб, требующего определения фактической стоимости каждой социальной услуги и перехода на оказание социальных услуг на основе государственного заказа, а также их полной или частичной оплаты гражданами, имеющими достаточный уровень дохода.

На современном этапе в России применяются следующие основные методы оплаты стационарной социально-медицинской помощи: по смете доходов и расходов (сметное финансирование), отдельных услуг, по количеству койко-дней, по числу обслуженных клиентов, согласованных объемов социально-медицинской помощи (глобальный бюджет) [6].

В связи с тем, что мы рассматриваем возможные пути адаптации финской модели долговременного стационарного социально-медицинского ухода за пожилыми людьми со сниженным уровнем функциональных возможностей в современных социально-экономических условиях в России, в основу концепции ложится метод оплаты согласованных объемов стационарной социально-медицинской помощи.

Этот метод имеет еще одно, часто используемое название — метод глобального бюджета. Его суть состоит в том, что финансируется предварительно согласованный объем медицинской помощи, но в отличие от сметного финансирования средства выделяются стационару без разбивки по статьям расходов, а общая сумма не зависит от его мощности. Финансирующая сторона согласовывает со стационаром количество клиентов по каждому профильному отделению, которое он обязуется обслужить в течение года, и общий размер выделяемых ему финансовых средств. Получив средства, стационар далее самостоятельно определяет направления их расходования. В случае если было обслужено меньшее количество клиентов, чем планировалось, невыполненные объемы все равно оплачиваются либо полностью, либо с уменьшающим коэффициентом (например, 75% тарифа). Если обслужено большее количество клиентов, то это превышение либо вообще не оплачивается, либо возмещается по уменьшенному тарифу.

Главные преимущества этого метода состоят в том, что с помощью планирования объемов оказания помощи можно оптимизировать структуру загрузки стационара и поток клиентов.

Рассматриваемый метод оплаты дает учреждениям право свободно распоряжаться поступившими средствами и оставлять себе полученную экономию. Он создает наиболее сильные стимулы к эффективному использованию имеющегося ресурсного потенциала.

Структура финансирования адаптированной модели долговременного социально-медицинского ухода за пожилыми людьми включает в себя также участие населения в оплате услуг. Практически все суммы, доплачиваемые клиентами, должны быть ограничены установленным максимально допустимым размером. Это защищает лица с длительным пребыванием в учреждении от чрезмерных расходов. Лица с низким доходом несут меньшие обязательства по соучастию в расходах или полностью освобождены от них.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

В России имеется значительный опыт и потенциал организации различных форм социальной и медицинской помощи пожилым и старым людям.

Было бы идеально, не говоря уж о целесообразности, пересмотреть существующие законодательные акты об охране здоровья и социальном обслуживании граждан пожилого возраста в плане их интеграции по вопросам оказания социально-медицинских услуг (медико-социальной помощи) пожилым людям.

Только при ясном понимании политическими деятелями (в том числе и руководителями соответствующих министерств) всей сложности ситуации, вызванной постарением населения, и связанных с ним проблем в обслуживании пожилых людей, в последующем можно будет заниматься не столько анализом «голых» статистических данных по деятельности геронтологической службы, сколько анализом показателей качества жизни пожилых людей.

Таким образом, исходя из результатов данной исследовательской работы, можно сделать следующие выводы:

1. Опыт и практика доказывают, что какие бы изменения ни были необходимы в российской системе опеки и медико-социальных услуг для граждан пожилого возраста, они должны быть разработаны внутри России, и прямое за-

имствование западных моделей не сможет заменить оригинальные разработки.

2. Анализ процесса старения населения в региональном разрезе показывает, что, несмотря на общую тенденцию роста показателей старения, субъекты Российской Федерации очень разнообразны, и полная универсализация целей демографической политики и конкретных задач при её осуществлении неоправданна и может в конечном итоге способствовать снижению эффективности проводимых мероприятий. При разработке социальной политики необходим учет изменений возрастной структуры и региональных особенностей старения населения.

3. По мере появления социально-медицинских учреждений для пожилых лиц возникает потребность в управлении сетью учреждений, оказывающих подобного рода услуги. Эта сфера, как и всякая другая, не может развиваться стихийно, она объективно нуждается в управлении, цель которого – все более полное удовлетворение потребностей граждан пожилого возраста.

4. Инструментом реформирования стационарной помощи на региональном уровне может стать Региональная схема реструктуризации сети учреждений здравоохранения. На основе системного подхода выявляются реальные возможности перехода существующей сети лечебно-профилактических учреждений на прогрессивные модели развития – проведение дифференциации больничных учреждений с созданием домов сестринского ухода.

5. Медико-социальная помощь для пожилых с высокой потерей способности к самообслуживанию должна быть составной частью общей системы лечебно-профилактических мероприятий, она должна быть массовой и доступной.

6. В новых экономических условиях при организации социально-медицинского обслуживания пожилых медицина и социальная защита населения столкнулись с неизвестными ранее трудностями. Современные медицинские и социальные учреждения имеют пока небольшой опыт разработки экономических вопросов оказания медико-социальной помощи пожилому контингенту, да и рыночные отношения ещё весьма далеки от желаемого уровня. Этим учреждениям приходится адаптироваться к реальным хозяйственным, социальным и правовым условиям.

7. Ограниченность финансирования социальной защиты и медицины определяет необходи-

мость создания специализированных малозатратных учреждений, интеграции финансовых ресурсов медицинских и социальных служб, поиска дополнительных источников финансирования.

8. Объединение здравоохранения и социальной защиты населения — это возможность для вывода из тени домов престарелых, благотворительных организаций, для создания единых правил игры для всех, лицензирование, аккредитация, обеспечение качества, преемственность медицинской и социальной помощи.

Результаты данной научной работы свидетельствуют о том, что решить проблему роста государственных расходов на содержание престарелых, и особенно пожилых людей с частичной или полной потерей способности к передвижению и самообслуживанию, в стационарной системе возможно, если повышать эффективность и добиваться экономичности медико-социальных услуг за счет активного привлечения негосударственных организаций, развивать конкурсное финансирование в медико-социальной сфере, осуществлять межведомственный подход в решении социальных и медицинских проблем пожилых людей, а следовательно, и членов их семей.

Одной из основных причин, не позволяющих добиться заметных позитивных перемен в создании необходимых условий жизнеобеспечения граждан пожилого возраста, стало отсутствие единой, научно обоснованной концепции государственной социальной политики в отношении граждан старшего поколения. Попытки органов исполнительной власти всех уровней разрешить накопившиеся проблемы в обеспечении социально-медицинскими услугами пожилых людей ограничивались лишь принятием федеральных программ, других нормативных актов, которые

не всегда подкреплялись необходимой организационной работой и финансовой поддержкой.

В последние годы в связи с заметным старением населения и ухудшением состояния здоровья пожилых людей все более востребованными становятся структуры, оказывающие услуги социально-медицинской (медико-социальной) направленности. Но существующие противоречия в правовой базе и практическое отсутствие четкой идеологии по организации деятельности социально-медицинских учреждений в определенной степени оказали отрицательное влияние на темпы развития сети данных учреждений.

Чтобы достойно выйти из сложившейся типиковой ситуации в сфере социально-медицинского обслуживания пожилого населения, это должны сделать соответствующие федеральные органы безотлагательно, не перекладывая решение проблем на регионы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Бондаренко Т.В. Экономические ресурсы общества и развитие гериатрической службы. Тезисы докладов I научно-практической геронтологической конференции с международным участием, посвященной памяти Э.С. Пушкиной 17-18 ноября 2005 г. Под ред. В.Н. Анисимова, К.Л. Козлова. СПб; 2005. 14.
2. Возрастно-половой состав и состояние в браке (Итоги Всероссийской переписи населения 2002 г.: В 14 т., Т. 2). М.: ИИЦ Статистика России, 2004.
3. Демографический ежегодник России 2002: Стат. Сб. Госкомстат России. М., 2002.
4. Население России 2002. Десятый ежегодный демографический доклад. Под ред. А. Г. Вишневого. М.: КДУ, 2004.
5. Сафарова Г.Л., Косолапенко Н.Г., Арутюнов В.А. Успехи геронтол. 2005; 16: 7-13.
6. Шакалис Д.А. Международная научно-практическая конференция «Социальная работа на рубеже веков» в Сибири. Вестн. Геронтол. общества РАН. 2001; 4: 2.
7. Facts about Finnish Social Welfare and Health Care 2003. STAKES. 15.

Поступила 05.10.2006

## СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ОТРАЖЕНИИ ТЕОРЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА: ЗАКОНОМЕРНОСТИ РАЗВИТИЯ ПРОЦЕССА

Е.В. Панфилова, Т.Ю. Ложкина

*Сибирский Государственный медицинский университет, г. Томск  
Департамент здравоохранения Администрации Томской области*

*Ключевые слова: старение населения, закономерности развития, теоретический анализ  
Key words: geriatrics help, medical-law help, ageing*

Демографическая составляющая российско-го общественного здоровья, являющаяся одновременно достоверным индикатором его состояния, справедливо привлекает международный научный интерес, как уникальный пример демографического дисбаланса в течение последних 15 лет. Динамические изменения показателей общей смертности и рождаемости в России с их негативной тенденцией, прогрессией естественной убыли населения формируют объективный посыл к глубокому демографическому анализу, позволяющему обнаружить значимые причины и возможные последствия демографических процессов в современном российском обществе. К сожалению, осознания важности подобных исследований структурами, ответственными за качественный уровень общественного здоровья, не сформировалось либо оно было утрачено вследствие переориентации государственных приоритетов перспективного развития общества в сторону, противоположную укреплению социальной ответственности государства. Тем не менее естественное научное познание частью своего предмета имеет изучение первопричин и следствий закономерностей развития общественных процессов, что с позиции демографии оправдывает стремление специалистов разобраться в природе общественного демографического бытия. По убеждению демографов [1], смысл подобных исследований несет в себе как прагматическую, так и философскую нагрузку, проявляющуюся в попытке ответить на

вопрос, есть ли вообще будущее у российского общества, и если да, то каково оно.

В настоящей публикации мы попытаемся сформировать посыл для содержательного анализа демографических процессов, в частности старения населения, и выявить тем самым приоритетные в общественной интерпретации демографические проблемы, давая новые представления об инструментах и ресурсах их нейтрализации. (Следует внести определенность в понимание оборота «демографические проблемы», под которыми мы подразумеваем проблемы с различной формой отражения во многих сферах общественной жизни, без намерения свести изучение указанных проблем к прикладному уровню).

Демографический анализ берет свое начало в показателях, отражающих изменение абсолютной численности населения, убывающих в России с конца 1980-х годов. Известно, что численность населения территории поддерживается на том или ином уровне двумя видами массового человеческого движения: естественным и механическим, соответственно, рождаемостью смертностью и миграцией. Следовательно, увеличение численности населения обеспечивается количеством рожденных детей и прибытием иммигрантов, а уменьшение — количеством умерших людей и убытием эмигрантов. При этом ряд специалистов полагают, что изучение влияния естественного движения на воспроизводство населения является методологически более кор-

ректным, тогда как миграционное сальдо (остаток) имеет второстепенное значение. Так или иначе, абсолютная численность населения Российской Федерации сокращается, причем устойчивым интенсивным темпом. Отрицательный естественный прирост, т. е. преобладание числа умерших над числом рожденных, имеет отрицательное значение с 1992 г., следствием чего стала естественная убыль численности населения, которая к 2000 г. составила 6 млн 800 тыс. человек. Интерпретировать эти показатели можно и более ярко: за 8 лет Россия потеряла население почти 7 регионов, таких, как Томская область, например. Согласно некоторым прогнозам демографов, такая ситуация при отсутствии какого-либо вмешательства государственных и других компетентных органов и проведения рекреативных (восстановительных) мероприятий приведет к тому, что менее чем через 800 лет последний россиянин похоронит предпоследнего [1].

Сокращение численности населения, являясь результатом негативного совокупного воздействия множества факторов, имеет свои процессуальные особенности течения, в частности изменение демографической структуры населения. Изучение демографической структуры (структуры населения, которые непосредственно прямой и обратной связью обуславливают воспроизводство населения), в основном по полу и возрасту, имеет интуитивно ясную цель, поскольку весьма расширяет представление о причинно-следственном аппарате демографических процессов. При этом, согласно определению В.М. Медкова, возраст является общей координатой всех демографических процессов, их универсальной независимой переменной, а информация о возрастной структуре населения необходима для исследования многих не только демографических, но и социально-экономических процессов и прогнозирования вероятности тех или иных проблем в экономической и социальной сферах [1].

Современное состояние возрастной структуры российского общества требует ввести в язык настоящего исследования демографический термин «старение населения» — увеличение доли пожилых и старых людей в общей совокупности людей. Так, к 2005 г. удельный вес лиц в возрасте 60 лет и старше в России превысил 19%, в конце 1990-х годов доля пожилых россиян не

превышала 15%, а в период с начала XX столетия до его середины — от 7 до 9%. При этом экстенсивный показатель, превышающий 18%, соответствует очень высокому уровню демографической старости населения. Таким образом, очевидными становятся проблемы не только количественного, но и «качественного» состава населения России, когда на фоне сокращения общей численности населения происходит накопление людей старших возрастов. Попробуем все же показать возможные последствия старения населения на примере общественного сектора экономики, такого, как здравоохранение.

Статистические показатели демонстрируют высокий уровень заболеваемости лиц старших возрастных групп, в 3 раза и более превышающий таковой трудоспособного населения, с большой долей хронической патологии у пожилых людей, что естественным образом опосредует разницу объема медицинской помощи населению разных возрастных групп. Изменение объема медицинской помощи, в свою очередь, неизбежно влечет за собой изменение уровня и структуры ресурсов, обеспечивающих медицинский процесс. При этом современная медицинская помощь, ориентированная на лечебно-реабилитационные мероприятия, имеет следствием рост потребностей отрасли в ресурсах. Следовательно, увеличение заболеваемости населения в связи с прогрессирующими темпами постарения населения предположительно опосредует и увеличение расходов здравоохранения, как общих, так и требующихся для обеспечения непосредственно лечебных мероприятий. Кроме того, возрастная диспропорция населения предположительно повлечет за собой необходимость инфраструктурной перестройки системы оказания медицинской помощи. Преобладание хронической патологии у людей старших возрастных групп, усугубляющееся естественным (физиологическим) старением организма, способно принципиально влиять на структурную и количественную составляющие медицинской, и, в частности, лекарственной помощи. Так, наиболее распространенными видами заболеваний пожилых людей являются патология сердечно-сосудистой системы, онкологические заболевания, с нередким сочетанием друг с другом и другими болезнями, что, во-первых, требует высокой клинико-фармацевтической грамотности вра-



ча, а во-вторых, влечет удорожание лечебного процесса.

Старение населения, вместе с тем, характеризуется не только увеличением численности пожилых людей, но и уменьшением доли трудоспособного населения, что могло бы явиться основанием предположить снижение объема медицинской помощи населению молодого возраста. Однако данные официальной медицинской статистики свидетельствуют об ускорении темпов увеличения заболеваемости детского населения и подростков с ростом у них хронической патологии. Следовательно, прогнозируемое демографами к 2016 г. сокращение численности трудоспособного населения будет происходить на фоне ухудшения состояния здоровья людей, что неизбежно приведет к изменению экономических процессов общества. Так, уменьшение количества общественных трудовых ресурсов повлечет за собой снижение валового внутреннего продукта и, как одно из последствий, сокращение отчислений в социальные фонды, являющиеся главным источником финансирования здравоохранения, что, с одновременным снижением здоровья населения, потребует вынужденной переориентации капитальных вложений государства в сторону компенсационных экономических механизмов, призванных поддерживать функционирование социального сектора экономики в условиях ресурсного дефицита.

Из вышесказанного следует, что без внесения определенности в природу демографического старения населения и без придания системности совокупности причин, обусловивших современные демографические условия, общество может столкнуться с теоретически слабо ограничивающимся количеством проблем. Представления об инструментах и ресурсах нейтрализации последствий, вызванных старением населения, одновременно указывают на необходимость объяснить механизмы самого процесса.

Увеличение числа людей старших возрастных групп в населении является результатом снижения рождаемости и (или) увеличения средней продолжительности жизни. Приоритетность роли рождаемости в процессе старения отмечается многими специалистами, довольно широко распространено и мнение о том, что старение связано, прежде всего, со снижением смертности населения, опосредующим увеличе-

ние продолжительности жизни людей, что может привести к старению населения даже на фоне стабильных показателей рождаемости, в то время как сокращение рождаемости способно «состарить» даже не живущее долго население. Таким образом, прослеживаются два основных механизма старения населения, в первом из них ключевую роль играет рождаемость, а во втором решающее значение принадлежит средней продолжительности жизни. Старение населения России происходит по первому механизму, что побуждает авторов прежде подробнее остановиться на проблемах рождаемости в российском обществе и лишь затем продолжительности жизни.

Рождаемость, представляя собой массовый процесс деторождения в совокупности людей, способна формироваться на каком-либо уровне, величина которого теоретически коррелирует с трудно ограничиваемым набором факторов, поддающихся классификации, где можно выделить и имеющие большее значение по их влиянию на рождаемость, или очевидные факторы: факторы здоровья, как общественного, так и частного, качественно определяемые не только биологической, но и социальной составляющей. При этом крайне важно учесть, что здоровье само по себе может быть подвергнуто воздействию комплекса факторов, среди которых обязательно присутствует и рождаемость (в данном случае сама являя фактор здоровья), из чего следует, что здоровье и рождаемость находятся во взаимном влиянии друг на друга, сила и направление которого, к сожалению, изучены недостаточно глубоко.

Рождаемость принято оценивать не только по общему показателю — количеству родившихся на каждую 1000 не дифференцированных по полу и возрасту жителей, но и по ряду показателей (показатель фертильности, в том числе по возрастной, и суммарный показатель рождаемости), учитывающих категории населения, собственно обеспечивающие рождаемость — женщины репродуктивного возраста. Следовательно, совокупный анализ имеющихся показателей поможет приблизить нас к пониманию истинных механизмов процесса.

Слабую репродуктивную активность российских женщин представляет суммарный показатель рождаемости, хоть и гипотетический, однако позволяющий учесть действительную интенсив-

ность рождаемости женщинами всех возрастных групп репродуктивного периода. Например, если бы женщина условного поколения могла бы ежегодно рожать число детей, равное реальной интенсивности рождаемости женщинами каждой возрастной группы, то воспроизводство при этом условии, несмотря на репродуктивный ее период (35 лет!), было бы 1, 2 ребенка, тогда как для простого воспроизводства населения необходимо не менее 2, 5. Само собой возникает предположение, что российские женщины не хотят (или не могут) рожать детей. Какова причина сложившейся ситуации? Мысли ассоциируются, прежде всего, со слабыми ресурсными возможностями института семьи, или, проще говоря, с отсутствием у населения денег, необходимых для рождения и воспитания детей. С этим трудно не согласиться, однако, оставив российские условия, попытаемся обратиться к мировой демографической практике, которая представляет наивысшие показатели рождаемости в странах со слабым экономическим потенциалом, а минимальные — в государствах с устойчивой экономикой и имеющих благоприятную социально-экономическую среду для рождения детей (Германия, например). Аналогичная ситуация прослеживается и в России. Современные семьи (читай женщины) имеют количество детей, практически противоположное количеству финансовых ресурсов. Парадокс ситуации, который в демографической истории рассматривается как «парадокс обратной связи», требует своеобразных философских рассуждений.

Понимание значения денежных ресурсов является лишь следствием осознания женщиной необходимости материального в обеспечении жизнедеятельности человека. Иными словами, первичны понимание и реальная оценка ситуации, когда женщина приобретает чувство ответственности за новую жизнь, которое, в свою очередь, формируется на определенном уровне социальной культуры. Женщину больше беспокоит не сам факт отсутствия денежных средств (здесь и сейчас), а осознание их необходимости. У населения с низким уровнем социальной культуры такого осознания не происходит, что проявляется их слабой озабоченностью будущим их детей, и в результате они не видят существен-

ных причин не рожать ребенка при сохраненном осознании факта отсутствия денег. Данную особенность репродуктивного мышления индивидуумов, зависящего от их принадлежности к тому или иному социальному слою, следует обязательно учитывать при формировании демографической политики, ориентированной на экономическое стимулирование рождаемости и предполагающей единовременные пособия, льготы и другие финансовые стимулы. Политические мероприятия, обеспечивающие лишь видимость решения проблемы, возможно, и способны обеспечить увеличение рождаемости, но только в количественном его измерении, за счет слоев населения, чье репродуктивное поведение обусловлено их социально-экономической мобильностью. Невольно в этом случае возникает следующий по порядку (не по значению) вопрос: какая составляющая рождаемости наиболее приоритетна для современного российского общества — количественная или качественная? При этом под качеством рождаемости мы понимаем не только уровень физического здоровья детей при рождении (что само по себе крайне важно), но и совокупность социальных, экономических, культурных возможностей и перспектив формирования здоровой (физически и социально) личности. Очевидно, оптимальным можно считать двояко направленный курс корректировки рождаемости, однако по ряду причин реальным видится путь в одном направлении, выбор которого остается за государством и является его компетенцией. Однако современные инструменты, используемые государством для демографического «оздоровления» России, вряд ли способны нейтрализовать причины, лежащие у истоков процесса, что со значительной долей уверенности позволяет прогнозировать прогрессию демографического старения населения.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Медков В. М. Демография. М.: ИНФРА-М; 2003. 544.
2. Борисов В. А. Демография. М.: NOTA BENE; 2005. 344.
3. Флек В. О. Финансирование российского здравоохранения: проблемы и перспективы. М.: Тэтис Паблишинг; 2005. 199.

Поступила 26.10.2006.

## ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

В.В. Егоров

*ЛПУ санаторий Дорохово,  
НМХЦ им Н.И. Пирогова  
Москва*

*Ключевые слова: старение населения, медико-социальная помощь, гериатрическая служба*  
*Key words: aging of population, medico-social care, geriatrics service*

Глобальный процесс постарения выдвигает необходимость разработки системы мер профилактики преждевременного старения, сохранения здоровья, активности и социальной вовлечённости граждан трудоспособного возраста, чтобы отодвинуть время развития болезней или, по крайней мере, увеличить период компенсированного состояния возникшей патологии.

Продление активного периода жизни людей должно обеспечиваться комплексом мероприятий, в числе которых важное место занимает организация медико-социальной помощи пожилым.

Приоритетным направлением развития системы гериатрической помощи населению является профилактическая направленность, преобладание медицинской реабилитационной помощи, стандартизация и адресность услуг, развитие системы первичной гериатрической помощи, расширение внебольничных услуг и форм сестринского ухода, преодоление неравенства объемов и качества медико-социальной помощи людям в городских населенных пунктах и сельской местности, формирование престижа пожилого человека в семье и обществе.

Совершенствование гериатрической помощи требует соблюдения принципа этапности медико-социальной помощи людям пожилого и старческого возраста (амбулаторно-поликлинический, стационарный, санаторный, социальный) и учета особенностей каждого из них [3].

Давно необходимый и изданный ещё в 1999 г. приказ МЗ РФ № 297 «О совершенствовании

организации медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации» отражал очевидную актуальность создания гериатрической службы и обобщения опыта работы по её созданию в некоторых регионах страны (Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Самара, Ульяновск и др.) [29].

Приказом было предусмотрено создание сети гериатрических лечебно-профилактических учреждений трёх уровней:

- территориальный гериатрический центр, создаваемый на базе госпиталя ветеранов войн, гериатрической или многопрофильной больницы, имеющей в составе гериатрическое отделение, с задачами оказания квалифицированной стационарной и консультативно-диагностической помощи населению старших возрастных групп;
- гериатрическая больница (отделение многопрофильной больницы) — учреждение здравоохранения, организуемое в муниципальном образовании с численностью населения от 300 000 человек, предназначенное для оказания плановой, в том числе специализированной, медицинской помощи, а также долечивания и медицинской реабилитации после проведенного курса интенсивного лечения в стационарах иного профиля для лиц старших возрастных групп;
- отделение медико-социальной помощи — структурное подразделение амбулаторно-поликлинического учреждения, специализиро-

ванного диспансера или медико-санитарной части, оказывающее долговременную медицинскую и медико-социальную помощь на дому больным, частично или полностью утратившим способность к передвижению и самообслуживанию.

Приказ органически аккумулировал в себя и систематизировал существующие на тот период времени виды медико-социальной помощи, учел специфику организационных этапов помощи пожилым, предполагая уменьшение норм нагрузки на медицинский персонал. Он позволял на региональном уровне создать вертикальную структуру гериатрической помощи, приблизить специализированную медицинскую помощь к месту проживания пожилых.

Другое дело, что, к сожалению, по ряду обстоятельств до настоящего времени приказ в полной мере не действует. Несмотря на усилия геронтологов, необходимой консолидации и структурирования гериатрической службы не произошло. На данном этапе правильнее говорить о продолжающемся поиске разнообразных ее форм с учетом региональных возможностей и повышения качества и эффективности уже существующих моделей. В рамках развития уже существующих и вновь создаваемых гериатрических структур прослеживается тенденция создания многопрофильных объединений, включающих в себя несколько специализированных отделений стационара, амбулаторно-поликлиническую службу, отделение скорой и неотложной помощи, стационары на дому, дневные стационары и отделения дневного пребывания с реабилитацией, хосписы, медико-социальные отделения (Санкт-Петербург, Нижний Новгород, Ульяновск, Йошкар-Ола и др.) [2,12,35].

Главной фигурой в организации этой помощи долгие годы считался участковый терапевт, обеспечивающий на поликлиническом уровне первичную и специализированную помощь, а также лабораторные, рентгенологические и прочие диагностические, лечебные и реабилитационные виды обслуживания пожилых людей.

Во времена СССР создавались гериатрические кабинеты при городских территориальных поликлиниках и многопрофильных больницах с задачами организационно-методической и лечебно-консультативной помощи больным старших возрастных групп.

Для организации мероприятий, направленных на профилактику заболеваний, улучшения качества диагностики и лечения больных пожилого и старческого возраста была введена должность главного внештатного специалиста по геронтологии и гериатрии органов здравоохранения, что обусловило, по нашему мнению, появление за 20 последних лет многообразия российских форм медико-социального обслуживания пожилых и старых людей. Что касается гериатрических кабинетов, не «прижившихся» в советском здравоохранении, то почти через 30 лет после выхода легендарного приказа Минздрава СССР № 347 от 1977 г. мы становимся свидетелями возрождения интереса к этой форме обслуживания, но на другом, более подготовленном, более зрелом витке развития гериатрической службы России.

Гериатрические кабинеты создаются в городских амбулаторно-поликлинических учреждениях, в составе психоневрологических диспансеров, стали открываться на территории домов социального назначения. Сегодня очевидно, что использование только выездной помощи специалистами областных гериатрических центров для сельских районов недостаточно. Современный уровень развития гериатрической службы требует организации гериатрических кабинетов в центральных районных больницах с целью приближения гериатрической консультативной помощи жителям села [2,35,36].

Особенности патологии пожилого возраста – полиморбидность, хроническое течение заболеваний, стертость клинической картины остроты процесса, поздняя обращаемость за медицинской помощью, изменившаяся фармакокинетика и соответственно фармакодинамика лекарственных препаратов, вынужденная политерапия и весьма нередко полипрагмазия, сложно переплетенный клубок личных, социальных, бытовых и медицинских проблем обусловили появление в России врачебной специальности гериатра и системы гериатрической помощи населению [25].

К сожалению, за прошедшие годы единого представления о роли и месте гериатра в структуре медицинских учреждений так и не сложилось. Сегодня предлагается новая стандартная, разноуровневая модель гериатра, начиная от медицинской гериатрической сестры и до главного специалиста органа управления здравоохранением. Важно, что на втором уровне, уровне

врача-гериатра, ставится задача подготовки геронтологов узкой специализации: эндокринолога, психиатра, невролога, гематолога, уролога, офтальмолога, ЛОР-врача [6]. При комплексной атипичной патологии, присущей пациентам старшего возраста, эта разновидность помощи приобретает особое значение [27].

В перспективе первичным звеном гериатрической помощи (относится ко второму уровню) должен стать семейный врач или врач общей практики. Исследования показывают, что в каждом 3-м случае врач общей практики имеет дело с одиноко проживающими пациентами старших возрастных групп. В связи с постарением населения вся деятельность врачей общей практики уже имеет ярко выраженный гериатрический характер, позволяет значительно увеличить доступность для пожилых и старых людей специализированной помощи [11,18,21,23,24,26]. Развитию общей врачебной практики соответствует расширение стационарзамещающей помощи [5,8,12,14,15,22,37].

Однако нужно признать, что сегодня стариков еще лечит и, наверное, еще долго будет лечить участковый врач-терапевт. В настоящее время, когда акцент в здравоохранении делается на первичное поликлиническое звено, вся участковая служба должна иметь обязательный сертификат врача-гериатра [33].

Возрастные особенности заболеваний определяют приоритетность активного медицинского наблюдения и патронажа престарелых пациентов, приближение медицинской помощи к месту их проживания. Сегодня выделяют три модели долговременной помощи для пожилых: социальная, медицинская и медико-социальная [19,20]. Последняя наиболее полно отвечает потребностям пожилого больного, как страдающего хроническими инвалидизирующими заболеваниями, с частичной или полной утратой способности к самообслуживанию.

Активное медицинское обслуживание престарелых граждан на дому является внутренним резервом экономии фондов дорогостоящих видов помощи (стационарной, экстренной медицинской помощи и др.). Развитие надомной гериатрической помощи ориентируется на расширение деятельности среднего медицинского персонала, в оптимальном варианте — патронажных гериатрических сестер [1,9,22,24,35,36].

Одной из эффективных форм оказания медицинской помощи пожилым людям является организация «гериатрического стационара на дому», когда позволяют характер заболевания и домашние условия. Стоимость такого лечения в 3 раза дешевле, чем в среднем в городском круглосуточном стационаре [10]. Чаще всего стационар на дому организует и обслуживает участковая терапевтическая бригада в составе врача и медицинских сестер. В Санкт-Петербурге врачебно-фельдшерская бригада под условным названием «Стационар на дому» создана на базе станции неотложной помощи взрослому населению. Больных на лечение направляют врачи поликлиник не только с декомпенсированной патологией, но и в терминальной стадии различных соматических заболеваний [22].

Предлагается модель «семейного врачебного комплекса» — особого варианта групповой семейной врачебной практики в составе врачей терапевтов, хирурга, гинеколога, невролога, уролога, окулиста, ЛОР-врача с каждодневным посещением. Она очень удобна больным, соответствует желаниям пациентов находиться вместе с родными в условиях домашней обстановки [23].

Более рациональным организационным решением этого вопроса является создание в поликлиниках специализированных бригад для оказания квалифицированной медпомощи на дому и медико-социальных отделений, осуществляющих патронаж и лечение одиноко проживающих хронических больных со сниженной или утраченной способностью к самообслуживанию. Примером подразделения, осуществляющего динамическое наблюдение и лечение лиц старше 60 лет, частично или полностью утративших способность к самообслуживанию, является гериатрическое амбулаторно-поликлиническое отделение при ВПО 24 ТМО 66 Санкт-Петербурга. Штат отделения предусматривал 1 ставку врача и 1,5 ставки медсестры на 700–800 пациентов пожилого возраста и включал врача-терапевта, невролога, окулиста, ЛОР-врача, стоматолога, психотерапевта, а также патронажных медсестер и водителя автобуса [15].

Интересен опыт создания фельдшерско-сестринской бригады для ежегодного медицинского осмотра пожилых людей, постоянного и активного наблюдения за состоянием их здоровья, проведения лечения и реабилитации на дому, определения потребности в посторонней помощи.

Например, в Нижегородской области с 1997 г. организованы отделения медико-социальной помощи по оказанию долговременной медицинской помощи на дому немобильным пожилым больным, выделены 2 должности патронажных медицинских сестер из расчета 25 немобильных больных на 0,5 ставки медсестры, 12 должностей социальных работников, строго регламентированы их обязанности [24].

Идеальным считается перевод всех пациентов старше 60 лет с тяжелыми хроническими заболеваниями на общее надомное обслуживание с определением для каждого больного частоты посещений врачом-терапевтом, медицинской сестрой, врачами-специалистами.

Становится необходимым развитие ночной службы медико-социальной помощи на дому, в том числе дежурства у постели больного, помощь онкологическим больным и временная помощь очень старым людям по типу медико-социального отделения «Тревожная кнопка», позволяющая пожилым людям получить связь и помощь в экстренных случаях [17]. Предлагается создавать специализированные гериатрические бригады скорой помощи при геронтологических центрах, а при отсутствии таких центров включать их в штатную структуру действующих станций скорой медицинской помощи [32].

В сельской местности на базе центральных районных больниц предлагается создавать постоянно действующие мобильные врачебно-фельдшерские бригады, оснащенные необходимым современным оборудованием и аппаратурой, имеющие необходимый запас медикаментов и действующие в экспресс-варианте [30].

С увеличением доли людей старческого возраста возрастает их потребность в психиатрической помощи. Учитывая полиморбидность пожилых, особенности социального анамнеза и реабилитационных программ, стали выделять в общей сети психиатрических учреждений гериатрические структуры — геронтопсихиатрические отделения в больницах общего типа, дневные психореабилитационные стационары и службы помощи на дому. Считается, что дневной геронтопсихиатрический стационар для лечения многих больных имеет ряд преимуществ перед обычной психиатрической больницей и психоневрологическим диспансером. Рассматриваются проблемы внедрения специализированной психогериатрической помощи в первичное звено

здравоохранения — в соматические поликлиники [37].

Традиционно стационарное лечение пожилых больных осуществляется в сети многопрофильных и специализированных больниц и следует отметить, что гериатрическая помощь населению в России продолжает быть преимущественно стационарной. В связи с этим особо актуальны вопросы организации медицинской помощи пожилым в специализированных стационарах. При введении в штат поликлиники или отдел госпитализации больных врача-гериатра, число больных пожилого, старческого возраста и долгожителей в круглосуточном стационаре уменьшается в 9 раз [16].

Особое внимание стало уделяться вопросам длительности лечения, этапности, последовательности и индивидуальности реабилитационных программ, их координации и контроля. Важным моментом является ориентация на кратковременное интенсивное лечение в общих профильных стационарах с последующим долечиванием в специальных гериатрических структурах, в амбулаторных условиях на дому.

Сегодня условно выделяют 3 группы учреждений стационарной медико-социальной помощи престарелым пациентам:

- больничные учреждения (отделения) с преимущественно медицинскими показаниями для госпитализации, в которых в достаточном объеме осуществляются диагностика, лечение и реабилитация (госпитали ветеранов войн, гериатрические отделения, гериатрические центры на базе профильных больниц, специализированных больниц, медико-социальные отделения на базе городских и сельских центральных районных больниц);
- больничные учреждения и подразделения больниц для более долговременного пребывания пациентов, в которых находятся пожилые и старые люди в основном по социальным показаниям, получая в то же время поддерживающее лечение (дома, больницы, отделения сестринского ухода, медико-социальные отделения на базе участковых больниц);
- больничные учреждения для инкурабельных больных, где проводится помимо ухода симптоматическое лечение, психосоциальная реабилитация, а также психологическая поддержка родственников (хосписы) [17].

Хосписы – больницы для тяжелых, преимущественно неизлечимых онкологических больных с особым подходом к медицинскому, социальному и психологическому обслуживанию человека на терминальной стадии жизни [28]. В 2002 г. ВОЗ расширила свой подход к определению паллиативной помощи. Сейчас это понятие распространяется на пациентов с любыми инкурабельными хроническими заболеваниями в терминальной стадии. В России в связи с постарением участников ВОВ госпитали для ветеранов войн вплотную столкнулись с проблемами медико-социального обслуживания старых тяжелобольных и умирающих людей. Это привело к созданию на их базе новой формы специализированной помощи – отделений долговременного пребывания с элементами хосписного обслуживания для геронтологических больных.

Показано, что нельзя проводить аналогию между задачами, стоящими перед отделением долговременного лечения (35% нуждается в интенсивном лечении, 86% выписывается с улучшением) и отделениями (койками) медико-социального обслуживания, активно создаваемыми в последние десятилетия на различных базах здравоохранения (участковые, районные больницы, больницы сестринского ухода и др.). Создание отделений или палат в гериатрических отделениях для оказания соответствующей медицинской, психологической и социальной помощи трудноизлечимым и неизлечимым больным соответствует уровню и характеру потребностей престарелых [13].

Экономически выгодным путем решения вопроса госпитализации пациентов старших возрастов является создание альтернативных структур: дневных гериатрических стационаров и больниц на базе амбулаторно-поликлинических и госпитальных учреждений. В Самарской области 62% всего взрослого населения получает лечение в стационарах на дому, причем 9% лиц в возрасте 60 лет и старше, проживающих в сельской местности, – на койках дневного пребывания, 14% – в дневных стационарах поликлиник [8].

Для людей старших возрастных групп требуется сеть реабилитационных служб: гериатрических реабилитационных центров, реабилитационных стационарных отделений, дневных реабилитационных отделений в поликлиниках и стационарах, реабилитационных отделений и

кабинетов в учреждениях амбулаторно-поликлинической сети, реабилитационных отделений в территориальных центрах социального обслуживания населения и в стационарных социальных учреждениях. Предполагается, что для этой цели в крупном городе необходимо развернуть 6,2 койки на 10 000 лиц пожилого и старческого возраста [34].

Интересен опыт г. Ульяновска, где развитие гериатрической помощи шло по пути открытия сети районных территориальных гериатрических центров, по сути являющихся отделениями дневного пребывания с реабилитацией. В настоящее время функционируют 3 центра с задачами медицинской, психологической и социальной реабилитации пенсионеров, проживающих в радиусе 1–2 км от учреждения. Приближение к месту проживания пенсионеров увеличило доступность специализированной медико-социальной помощи [12].

В связи с вступлением в силу ряда положений Федерального закона от 22.08.04 № 122-ФЗ увеличились возможности медицинской реабилитации пожилых инвалидов в условиях санатория. Санаторная реабилитация, проводимая с соблюдением требований адекватности, комплексности, индивидуализации, преемственности, может сыграть большую роль в реабилитационном процессе в целом. Снижает эффективность восстановительного лечения на санаторном этапе гериатрической реабилитации отсутствие гериатрической направленности в работе многих санаторно-курортных учреждений, высокая полиморбидность, недообследование, недооценка сопутствующей патологии, направление инвалидов с декомпенсацией патологического процесса, что замедляло начало реабилитационного процесса либо было причиной госпитализации в течение первых суток с момента поступления.

Таким образом, анализ современных тенденций развития гериатрической службы России позволяет, на наш взгляд, сделать следующие выводы:

Во-первых, требуется дальнейшее теоретическое осмысление разноплановой практической деятельности по организации гериатрической службы на современном этапе, особенно в «районах её полюсов», где не полностью разработаны организационные модели, направленные на профилактику преждевременного старе-

ния и оказание долговременной медико-социальной помощи престарелым.

Во-вторых, организация медико-социального обслуживания лиц старшего возраста и ее методологическое обоснование резко отстает от реальной потребности в этом виде помощи, чему способствует отсутствие стандартов гарантированного уровня и объемов гериатрической помощи населению.

Основными болевыми точками, замедляющими развитие гериатрической службы, продолжают оставаться, по нашему мнению:

- отсутствие государственного подхода и системности в её управлении и развитии;
- отсутствие интегрирования медицинской и социальной помощи, отработанных и утвержденных форм взаимодействия медицины и социальных служб.

Преодоление этих и многих других болевых точек невозможно только усилием энтузиастов службы. К сожалению, национальный проект по здравоохранению «не заметил» вал нарастающих проблем медицинского и социального обслуживания пожилых и старых людей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аверченко Н.А., Карюхин Э.В. Клинический геронтолог. 1999; 3: 89.
2. Артемин В.А., Исаев А.П. Клинический геронтолог. 2003; 9: 126-127.
3. Арьев А.Л., Селезнева Л.В., Кантемирова Р.К. Этапы медико-социальной помощи пожилым. Актуальные проблемы геронтологии. М.; 1999. 23-26.
4. Болотнова Т.В., Логинова Н.В. Клинический геронтолог. 2004; 9: 83-84.
5. Белозерова Л.М. Клинический геронтолог. 2002; 8: 88.
6. Воробьев П.А., Некрасова Н.И., Цурко В.В. Пробл. старения и долголетия. 2004; 13 (3): 288-291.
7. Галкин Р.А. Современные формы организации медико-социальной помощи лицам старших возрастов. Мед. газ. 1999; 14 июля: 4-5.
8. Гехт И.А., Павлов В.В., Яковлев О.Г. Клинический геронтолог. 2003; 9:128.
9. Дасько Т.Г., Ефремова К.Г., Иванова О.П. Клинический геронтолог. 1999; 2: 90-94.
10. Деев А.Н., Олейниченко В.Ф., Пушкарева И.З. Клинический геронтолог. 1998; 3: 69.
11. Дворецкий Л.И., Белокриницкий Д.В., Денисов И.Н. Клинический геронтолог. 1997; 7: 3-8.
12. Егоров В.В. Клинический геронтолог. 1997; 2: 67-71.
13. Егоров В.В. Социально-медицинская помощь на закате жизни. Социальная работа: история, теория, технологии (Научная школа профессора Е.И. Холостовой). М.; 2004. 156-161.
14. Елисеева Т.Ф. Опыт работы районного амбулаторно-гериатрического отделения. Первый Российский съезд геронтологов и гериатров. Сб. тез. и стат. Самара. Дом печати; 1999. 548.
15. Ершова Н.А. Организация медицинского обслуживания в ТМО-25. Проблемы медико-социальной помощи больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге. Тез. науч.-практ. конф. СПб; 1999. 19.
16. Жернов В.А., Лукашев А.М., Мананников И.В. Клинический геронтолог. 2002; 8 (8): 69.
17. Журавкова Л.В., Шарин С.В. Клинический геронтолог. 2005; 9: 112-113.
18. Исаева Т.В. Модель гериатрического отделения районной поликлиники. Первый Российский съезд геронтологов и гериатров. Сб. тез. и стат. Самар. Дом печати; 1999. 554.
19. Карюхин Э.В. Геронтологические НКО: От моделей ухода к становлению сектора. М.; 2002. 215.
20. Карюхин Э.В. Клинический геронтолог. 2005; 9: 115.
21. Кириллов А.В., Ивазова Е.Г. Опыт взаимодействия врача общей практики с социальными службами в процессе медицинского обслуживания больных пожилого и старческого возраста. Тез. науч.-практ. конф. 24-25 ноября 1999 г. СПб.; 1999. 25-26.
22. Козлова Е.К. Об оказании медицинской помощи пожилым людям бригадой «Стационар на дому» возраста. Тез. науч.-практ. конф. 24-25 ноября 1999 г. - СПб. 1999. 26-27.
23. Куралбаев Б.С., Аюпова Ш.А., Игиснинова К.К. Клинический геронтолог. 2002; 8: 94.
24. Кутузова Н.В., Забашта Д.Н., Бовкун А.Д. Клинический геронтолог. 8 (8). 2002: 94
25. Лазебник Л.Б., Конев Ю.В. Клинический геронтолог. 1996; 4: 64-69.
26. Лазебник Л.Б., Башкаева М.Ш. Медико-социальная помощь одиноким пожилым на уровне первичного звена. Первый Российский съезд геронтологов и гериатров. Сб. тез. и стат. Самар. Дом печати, 1999. 569.
27. Латенкова Н.Ю., Городничева И.Е. О целесообразности организации специализированных приемов по геронтологической гинекологии. Науч. вестн. Тюмен. мед. академии. 2001; 3: 55.
28. Левина Т.А., Хилова Л.Н. Клинический геронтолог. 2003; 9: 127.
29. Приказ Минздрава РФ № 297 от 28 июля 1999 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возраста в Российской Федерации». Клинический геронтолог. 1999; 4: 104-109.
30. Рыбкин Л.И. Клинический геронтолог. 2003; 9: 138.
31. Сажин В.П., Комов Ю.А., Беликова О.Д. и др. Здравоохранение 2004; 4: 34-39.
32. Селеев В.Б., Смирнов Л.В., Азин А.Л. Клинический геронтолог. 2001; 9: 54-57.
33. Силотина М.В., Усков В.М. Клинический геронтолог. 2006; 9: 110-111.
34. Старикова А.Е., Денисова Т.П., Пономарев В.Н. Клинический геронтолог. 1998; 3: 71.
35. Толченев Б.А., Введенская И.И., Введенская Е.С. и др. Мед. помощь. 1998; 4: 7-11.
36. Толченев Б.А., Исаев А.П. Клинический геронтолог. 2003; 9: 142.
37. Трифонов Е.Г., Огнев А.Е. Журн. неврол. и психиатрия. 1997; 97 (3): С. 57-60.

Поступила 10.01.2007



УДК 614.2⇒364

## ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА КАРИТАС УКРАИНЫ В ПРЕДЕЛАХ ПРОЕКТА «ДОМАШНЯЯ ОПЕКА» (ФОРМЫ И МЕТОДЫ СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ)

О. Поясик

Украина

*Ключевые слова:*

*Key words: Fund Chakiti, Karytas Ukraine*

О нашем обществе часто говорят как о материальном, эгоистичном и жестоком. В то же время оно проявляет готовность помочь людям. Быть здоровым, самостоятельным, независимым — это то, что мы привыкли воспринимать как само собой разумеющееся. Однако каждый из нас, независимо от возраста, может попасть в ситуацию, когда будет нуждаться в постороннем присмотре. Согласно статистике, в мире каждый 5-й человек — старше 65 лет. Большинство пенсионеров не отгораживаются от жизни, имеют свои планы, увлечения, посильные обязанности в семье и хозяйстве, но есть и по разным причинам потерявшие контакт с людьми, которые их окружают, чувствующие себя одинокими и покинутыми. Важно помочь людям преклонных лет жить в собственном доме, в знакомом и родном окружении так долго, как только возможно, оставаясь независимыми в меру сил. По этой причине и открытая работа с людьми преклонных лет и инвалидами является приоритетной для благотворительного фонда Каритас.

Каритас Интернационалис, основанный в 1950 г. (некоторые национальные организации существовали задолго до создания международного Каритас: Каритас Германии был создан в 1897 г., в Швейцарии — в 1901 г., США — в 1910 г., Голландии — в 1924 г.), является меж-

дународной конфедерацией из 194 автономных организаций, которые действуют на основании своих уставов с целью распространения благотворительности и социальной справедливости в мире. Каритас Интернационалис является членом Конфедерации международных Католических организаций, Папского совета UNUM, имеет совещательный устав в ЮНЕСКО, ФАО, МОП, ЮНИСЕФ, Совете Европы, Организации Африканского единства и др. Тесно сотрудничает с Красным Крестом, Высшим Комиссаром ООН по вопросам беженцев и многими неправительственными организациями.

Каритас в переводе с латинского означает любовь и милосердие. Каритас Украины является международной гуманитарной неправительственной организацией в социальной сфере. Наша деятельность направлена к конкретному человеку, она ценна и важна, невзирая на снижение духовных ценностей в современном мире. Наше призвание — поддерживать людей, которые в силу разных обстоятельств очутились на обочине жизни. Творить милосердие легко, но в то же время и трудно.

Одним из участков работы благотворительного фонда является реализация проекта «Домашняя опека» при поддержке Каритас Германии и Каритас Франции. Цель проекта «Домашняя опека» — улучшение качества жизни

одиноким лицам преклонных лет и людей, которые нуждаются в посторонней помощи, обеспечение неспособных к труду пенсионеров, инвалидов и одиноких малообеспеченных лиц домашней опекой, а также разработка оптимального пути удовлетворения их потребностей. Центры «Домашней опеки» в городах Украины (Киев, Львов, Тернополь, Ивано-Франковск, Хмельницкий, Донецк, Одесса и др.) имеют целью дополнить санитарные услуги, которые предоставляют государственные службы. Практическую помощь оказывают квалифицированный персонал и члены семьи или опекуны.

На Западе сегодня возвращаются к домашней опеке больных, стремясь оставить человека в обычной для него домашней среде. Но в Украине домашняя опека является экономической и социальной необходимостью, в связи с неурядицами в стране весьма проблематично обеспечить надлежащий уход в больнице. А если больного все же кладут в больницу, то все равно заботятся о нем не столько медицинские работники, сколько сами родственники. Поэтому домашнюю опеку больного рассматриваем как удовлетворение потребностей нуждающегося в помощи человека.

Воплощением в жизнь основных прав человека и ценностей человеческой личности занимаются люди одной из самых гуманных профессий — социальные работники. Социальная работа — это профессиональная деятельность по предоставлению помощи отдельным людям (в нашем случае людям преклонных лет, инвалидам, малообеспеченным) или сообществам для усиления и возобновления их способности социального функционирования и создания общественных условий, помогающих реализации этой цели.

Одной из составляющих социальной работы является социальная помощь. В Украине существует 3-уровневая система социальной помощи:

- государственная,
- негосударственная,
- частная.

Социальная помощь — это комплекс мероприятий (экономических, правовых, медицинских, психологических и др.), направленных на улучшение качества жизни людей вышеназванной категории.

Кроме социальной помощи, социальным работникам часто приходится оказывать социаль-

но-педагогическую помощь. Это комплекс социально-педагогических мероприятий воспитательного характера, направленных на улучшение нематериальной стороны жизни конкретного человека (содействие в общении, организация досуга, создание условий для его самореализации и др.). Главная задача социальной работы — обеспечить связь инвалида, группы, семьи или сообщества людей преклонных лет с внешними или внутренними источниками тех ресурсов, которые необходимы для исправления и улучшения полноценной жизни.

Основная форма деятельности центров «Домашняя опека» — индивидуальная работа. Социально-педагогическая работа основывается на определении интересов и запросов людей преклонных лет и индивидуальном подходе социальных работников к работе с ними. К индивидуальным навыкам каждого работника следует отнести:

- умение действительно общаться с подопечными;
- умение выслушать пожилого человека с пониманием и целеустремленно;
- умение создавать и развивать доброжелательные отношения;
- умение достигать доверия клиентов;
- умение обсуждать острые проблемы в положительном эмоциональном настроении, поддерживать это настроение;
- умение активировать усилия клиентов для решения их проблем.

Кроме навыков индивидуальной работы социальный работник должен владеть навыками представительства и посредничества (умение налаживать контакты с разными заведениями, учреждениями, которые предоставляют услуги подопечным), навыками делопроизводства (умение вести личностные дела клиентов), уметь анализировать материально-бытовое и психологическое состояние человека пожилого возраста с целью его улучшения, оценивать собственную деятельность по предоставлению помощи подопечному и активизировать ее, владеть навыком профилактической работы и обслуживания (умение предоставить социально-бытовые и социально-педагогические услуги), коммуникативными навыками (умение выслушать, проявлять заинтересованность в беседе с человеком преклонных лет или инвалидом, умение сдерживать свои эмоции, владеть собой, разрешать конфликтные ситуации).

Социальный работник должен быть и психологом, и воспитателем, и дипломатом во всех вопросах профессиональной подготовки. В основе индивидуальной социальной работы лежат отношения с клиентом, в каждом случае неповторимым. Социальная работа имеет свои этапы (логику):

Первый этап — начальное оценивание — предусматривает сбор информации (опрос клиента; наблюдение за особенностями поведения подопечного, отношения с родными, знакомыми; анализ документов: истории болезни и др.).

Второй этап включает планирование работы, которая базируется на определении проблемы подопечного, ее осознании и желании изменить ситуацию. Для этого можно применить метод убеждения, использовать факты, примеры, которые будут свидетельствовать в пользу принятого решения и против другого способа действий. Контракт (соглашение, договор) — кульминация второго этапа. Контракт заключают в письменной форме с подопечным и координатором проекта «Домашняя опека» как представителем благотворительного фонда Каритас о тех услугах, которые будут предоставлены. Контракт означает договоренность, взаимное согласие. В нем определяют не только цель и задачи вмешательства, но и роль социального работника и клиента (кто, что, каким образом будет делать), их права и обязанности, временные границы (продолжительность действия проекта, дни встреч).

Третий этап (выполнение) предусматривает вмешательство, перевод плана в практические действия с применением разнообразных методов и постоянным пересмотром, текущей оценкой достигнутого.

Четвертый этап — окончание отношений и конечная оценка процесса помощи. Для этого в отчетной форме анализируют выполненную работу и определяют достижение поставленной цели.

Исходя из этого, основными методами индивидуальной работы с подопечными проекта «Домашняя опека» являются беседа, консультация, социальное сопровождение, убеждение, стимул, пример, поощрение, внушение, предоставление услуг, информация и др.

Для предоставления квалифицированных услуг созданы медицинские подразделения, оборудованные современной медицинской техникой и инструментами, обустроенные прачечные. Работники в домашних условиях проводят индивидуальный осмотр: измеряют жизненные показатели, делают инъекции, перевязки ран, осуществляют профилактику пролежней, предоставляют гигиенические услуги (меняют и стирают нательное и постельное белье, моют посуду, выполняют общегигиенические процедуры). Согласно статистическим данным за 2005 г., работниками «Домашней опеки» предоставлено около 180 тыс. услуг, медикаментов на сумму 217 476 грн., продуктов питания — 83 640 грн., моющих средств — 58 548 грн.

Проект «Домашняя опека» положительно влияет на общее моральное состояние населения, вовлекает в труд как можно более широкий круг семьи, соседей, волонтеров, членов общины, создает новые рабочие места. Как для правительства, так и для негосударственных организаций проект может быть примером того, что принципиально нового и качественного происходит в социальной сфере.

Мать Мария Калькуттская в послании участникам Международной конференции по проблемам человечества и развития, которая проходила в Каире 5–13 сентября в 1994 г., отметила, что жизнь — самый прекрасный дар Божий, но умышленно разрушается войнами, насилием. Поэтому мы видим так много боли во многих местах на всем земном шаре. Мы были созданы Богом для большего — любить и быть любимыми.

Поступила 23.03.2006

## ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ НА НЕОБОСНОВАННУЮ ОБРАЩАЕМОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

<sup>1</sup>В.Б. Салеев, <sup>2</sup>А.Л. Арьев, <sup>1,3</sup>А.Л. Азин, <sup>1</sup>А.В. Смирнов

<sup>1</sup> Республиканский клинический госпиталь ветеранов войн,  
Республика Марий Эл, г. Йошкар-Ола

<sup>2</sup> Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования

<sup>3</sup> Казанский государственный медицинский университет ФАЗСР

*Ключевые слова: экономические затраты, скорая медицинская помощь, пожилой возраст*  
*Key words: aged, medicinal help*

В настоящее время, по мнению П.А. Воробьева (2005), в гериатрии необходимо решить актуальную проблему: все ли пожилые пациенты нуждаются в медицинской помощи и специализированной в частности?

При лечении пожилых больных необходимо всегда учитывать, что многие заболевания очень часто проявляются неспецифической симптоматикой и по этой причине они обращаются не только к участковым врачам, но и в службу скорой медицинской помощи. Другими словами, в силу изменения психики, для больного пожилого, и особенно старческого, возраста практически не имеет значения, к кому обратиться за консультацией, и, естественно, он чаще всего обращается в службу скорой помощи, бесплатный и доступный вид медицинской помощи. Из статьи В.А. Фиалко с соавт. (2006) понятно, что это приводит к росту необоснованных вызовов скорой помощи, что влечет за собой не только экономические затраты, но и увеличивает опоздания на вызовы к больным с угрожающим жизни состоянием.

Для службы скорой помощи решение данной проблемы в настоящее время становится жизненно необходимой в связи с неукомплектованностью врачами, увеличением численности пожилых и резким ростом их обращаемости к скорой помощи. Поэтому мнение П.А. Воробьева стало более актуальным, прежде всего для скорой медицинской помощи.

С целью своевременного оказания скорой помощи категории больных, по-настоящему в ней нуждающихся, необходимо решить главный вопрос: кому оказывать неотложную медицинскую помощь, т. е. все ли пожилые больные нуждаются в «услугах» скорой помощи. Известно, что действующий в настоящее время приказ МЗ РФ № 100 от 26.03.1999 г. также отмечает, что скорая медицинская помощь подменяет обязанности амбулаторно-поликлинической службы. Согласно статистике в существующих приказах, решениях коллегии МЗ РФ, инструктивных документах, — в более 60% случаев к скорой помощи обращаются хронические больные, лица в состоянии алкогольного опьянения без необходимых показаний. Существующая необоснованность вызова скорой помощи убедительно подтверждается тем, что в часы работы поликлиник выполняется около 44% всех вызовов скорой помощи. Иными словами, скорая медицинская помощь действительно превратилась в службу по оказанию услуг населению, т. е. стала подразделением системы «бытового» обслуживания. Вышеизложенное подтверждает и тот факт, что в тех регионах России, где профилактическая работа поликлинической службой проводится недостаточно, отмечается более высокая обращаемость населения к скорой помощи [Экстрин И.А., 2002].

Н.И. Вишняков с соавт. (2002) считают, что за последние годы (1996—2000) обращаемость

населения за экстренной медицинской помощью в странах Балтийского региона увеличилась почти на 50%, а доля госпитализированных в экстренном порядке составила почти 70%. Причиной этого является не столько технологическая перестройка, происшедшая в службе скорой медицинской помощи, сколько увеличение «востребованности» данной службы. Если, к примеру, в середине прошлого века обращаемость населения составляла не более 200 вызовов, то в настоящее время она составляет 318 (планово-нормативный показатель время), а в некоторых регионах более 500 вызовов в год на 1000 населения [Багненко С.Ф. с соавт., 2002].

В настоящее время к СМП каждый год обращается практически каждый 3-й житель, более 60% больных, находящихся на стационарном лечении, госпитализируются по экстренным показаниям, происходит рост больничной летальности. По мнению Б. Комарова (1974); Е. Логиновой (1989) в 70–80-е годы для экстренной госпитализации выделялось менее 20% коечного фонда стационаров. Если в Санкт-Петербурге больничная летальность в 1998 г. составляла 2,4%, то в 2000 г. она выросла до 3,2%, и главной причиной её роста стало увеличение доли больных, госпитализированных по экстренным показаниям.

Среди основных причин роста необоснованных обращений пожилого населения к скорой помощи можно выделить:

- неукомплектованность участковыми врачами;
- рутинный осмотр больного (проверить самочувствие, измерить АД, снять ЭКГ и др.);
- желание попасть на стационарное лечение;
- синдром «выходных дней» (дети посещают родителей и проявляют заботу в виде вызова скорой помощи);
- плановая транспортировка на госпитализацию и домой после приема в поликлинике;
- желание получить какую-либо инъекцию, «капельницу»;
- обслуживание больных в безнадежном состоянии;
- увеличение абсолютной численности и доли лиц пожилого и старческого возраста;
- бесплатность и своевременность получения медицинской помощи.

Одной из причин роста необоснованной обращаемости является и тот факт, что в настоящее время резко снизилась профилактическая работа амбулаторно-поликлинической службы, что всегда считалось основой отечественного здравоохранения. По этой причине стало увели-

чиваться число больных с хроническими заболеваниями, а это в основном население старшего возраста с коморбидными состояниями. По данным А.А. Бойкова и А.З. Ханина (2006), определенное значение имеет раннее прекращение приема заявок регистратурой поликлиник, в 15 ч рекомендуется больным обращаться к скорой помощи, так как она прибывает раньше. При необходимости госпитализации больного в стационар или при незначительном ухудшении состояния (повышение температуры тела) участковые врачи советуют ночью вызвать врача скорой помощи. Определенную часть необоснованных вызовов скорой помощи формируют некоторые участковые врачи, когда они под видом родственников вызывают ее, таким образом, перекладывая свои обязанности на фельдшера скорой помощи. Существенным моментом, оказывающим влияние на рост обращаемости и летальности, оказывают и другие факторы: увеличение травматизма (дорожно-транспортные происшествия, криминальный, производственный), рост алкоголизма и отравлений.

Скорая помощь в настоящее время, с одной стороны, становится «фельдшерской», а с другой — приобретает характер специализированной, т. е. насыщенной диагностической дорогостоящей портативной аппаратурой. В итоге получается в одних случаях «стационар на колесах у постели больного» и часто тогда, когда в этом нет необходимости, в других случаях — один фельдшер без необходимого набора медикаментов и аппаратуры. Но человеку даже с незначительным недомоганием лучше вызвать к себе скорую помощь, чем обращаться в поликлинику, особенно если это человек пожилого или старческого возраста.

Существующая в настоящее время тарифная политика и система оплаты медицинской помощи также имеет определенные проблемы, заключающиеся в их внутренней неэффективности. Согласно требованиям Программы государственных гарантий о предоставлении населению бесплатной медицинской помощи, финансирование догоспитального этапа происходит из муниципального бюджета (напрямую). По этой причине подобная «бесплатность» выгодна амбулаторно-поликлиническому звену здравоохранения и происходит перенос ответственности за плановое лечение хронических больных на службу скорой медицинской помощи. Сложность ситуации усугубляется еще и тем, что эта служба укомплектована врачами менее чем на 60%, и в большинстве случаев основной части пациен-

тов консультативную помощь оказывают фельдшера линейных фельдшерских бригад. В сельской местности выездная бригада к тому же стоит, как правило, из одного фельдшера, и о какой в этом случае квалифицированной медицинской помощи можно говорить. По этой причине увеличивается число больных с хроническими заболеваниями, которых чаще всего никто и не лечит в полном объеме, поэтому и растет необоснованная обращаемость больных, особенно пожилых, к скорой помощи. Все эти причины приводят к тому, что больше 50% объема деятельности службы считаются как не свойственная ей нагрузка. В итоге сложившаяся ситуация в организации работы скорой помощи в настоящее время не соответствует её актуальности. Одним из вариантов решения данной проблемы на современном этапе могут быть разработка и принятие федеральной программы организации и реформирования службы. В ней необходимо предусмотреть мероприятия, позволяющие реформировать все этапы скорой медицинской помощи, усовершенствовать нормативную базу, обеспечить преемственность поликлинической службы (С.Ф. Багненко, 2002).

Существуют и проблемы, решение которых полностью зависят от деятельности самой службы. К ним, прежде всего, необходимо отнести такие как:

- отсутствие единых, стандартных показаний для вызова выездной бригады СМП;
- отсутствие единой учетно-отчетной документации;
- влияние опыта, профессиональной подготовки фельдшера по приему вызовов от населения на правильность принимаемого решения;
- высокая текучесть квалифицированных кадров;
- ведение большого объема неутвержденной документации и отсутствие единого подхода к ее статистической обработке;

Исследованием В.А. Фиалко с соавт. (2006) подтверждается, что доля необоснованных вызовов скорой помощи составляет 25% всех вызовов, обслуженных в течение года, независимо от возраста. В то же время обращаемость пожилого населения значительно выше, чем в целом всего населения (в 2,5–3 раза), следовательно, можно предположить, что и необоснованная обращаемость этой возрастной части населения также в 2,5–3 раза выше, чем других групп населения. Наглядным примером этого является многолетний опыт деятельности отделения ско-

рой помощи Республиканского клинического госпиталя ветеранов войн, Республика Марий Эл.

Нами была изучена обращаемость пожилых пациентов отделения скорой помощи госпиталя за 2000 г.

По данным исследования, высокую, и особенно необоснованную, обращаемость формирует небольшая по численности группа пожилого населения.

В госпитале под медицинским наблюдением в 2000 г. состояло 3850 участников ВОВ в возрасте старше 75 лет, число вызовов которых в течение года составило 5083, т.е. обращаемость составила 1320,1.

Методом сплошной выборки установлено, что в течение 2000 г. к службе скорой помощи больницы обратились 1916 человек из них, т. е. 49,8% состоящих на учете.

В итоге получается, что высокую обращаемость сформировала половина состоящего на учете пожилого контингента.

Среди них особый интерес представили больные, которые обращались в течение года к службе более 10 раз. Их численность составила 44 человека (1,2% от числа больных, состоящих под наблюдением). В течение исследуемого периода число их обращений составило 989 (18,7%) всех обращений. Следовательно, их обращаемость можно считать условно сверхвысокой, так как она составляет более 2200 обращений в год и превышает норматив в 7 раз.

Особый интерес представляют больные, которые вызывают скорую помощь более 30 раз в течение года — 6 человек, они составляют всего 0,18% обращающихся к скорой помощи. Основной повод к вызову у этих больных — последствия перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения и изменения психологического статуса. Все больные старше 80 лет.

Установлено также, что во всех возрастных группах обращаемость была экспоненциально-образной, но в то же время это не экспоненциальное распределение. Оно имеет длинные «хвосты», содержащие единичные наблюдения случаев частой обращаемости. К примеру, в возрастной группе 80-84 лет у одного мужчины в течение 2000 г. было 85 вызовов и 113 вызовов к одной женщине.

Пример. Больная В., 82 лет, вызывает систематически скорую помощь, более 2–3 раз в течение недели. Причиной постоянного обращения к службе является не столько тяжесть состояния, сколько фактор психологической поддержки.

Наибольшее число обращений в течение суток приходится с 6 до 14 ч (более 40%), т. е. в часы работы поликлиник, и меньше всего с 14 до 22 ч (25%).

Необоснованные вызовы приводят не только к опозданию на срочные вызовы, травмы, дорожно-транспортные происшествия и др., но и к существенным материальным затратам. Из приведенных данных видно, что всего лишь 1,2% пожилого населения потребляет почти 20% материальных затрат службы скорой помощи в течение года.

По данным исследования, были выявлены следующие причины обращения пожилых пациентов к скорой помощи:

– повышенное АД – 634 случая, в том числе 117 с гипертоническим кризом, в 342 случаях потребовалась неотложная медицинская помощь;

– боль в грудной клетке – 1427 случаев, в том числе в 92 случаях острый коронарный синдром, неотложные мероприятия были необходимы в 978 случаях;

– нарушение сердечного ритма – 197 случаев, неотложные мероприятия проведены в 119 случаях;

– травмы, несчастные случаи, отравления – 287 случаев, в 232 потребовалась неотложная медицинская помощь;

– нарушение дыхания, удушье, одышка – 642 случая, в 512 потребовалась неотложная медицинская помощь;

– боль в животе – 257 случаев, в 119 потребовалась госпитализация, неотложная медицинская помощь потребовалась в 94 случаях;

– острая задержка мочеиспускания – 329 случаев, неотложные мероприятия проведены во всех случаях;

– повышение температуры тела – 268 случаев, в 105 проведены неотложные мероприятия;

– транспортировка экстренная и плановая – 319 случаев, в 117 потребовалась неотложная медицинская помощь;

– констатация летального исхода – 243 случая, в 3 (клиническая смерть) потребовалась неотложная медицинская помощь;

– консультация врача, осмотр, измерение АД, снятие ЭКГ и др. – 480 случаев, неотложная медицинская помощь потребовалась в 42 случаях.

В отдельных случаях медицинский персонал выездных бригад вынужден проводить инъекционную терапию по требованию как для больных, так и для родственников, при отсутствии каких-либо показаний.

Таким образом, по данным исследования, в 2136 (42,1%) случаях обращения пожилых пациентов к скорой помощи неотложные медицинские мероприятия не требовались. Во всех случаях были необходимы плановое лечение в поликлинике и соответствующая психологическая поддержка.

В итоге, исследование наглядно показало, что с учетом группы пожилых больных (1,2%), вызывающих скорую помощь более 30 раз в году (18,7%), доля необоснованных вызовов составляет 60,8%, что в 2,5 раза выше, чем в других группах населения. При общей обрабатываемости пожилого населения (в среднем 750–900 вызовов в год на каждую 1000 лиц старших возрастов) это составляет 450–540 вызовов. При стоимости одного вызова в 2005 г. 318,6 руб. финансовые затраты составили  $(450-540 \times 318,6 = 143370 - 172044 \text{ руб.})$  на 1000 пожилого населения в год.

Таким образом, вышеизложенное подтверждает, что скорая медицинская помощь, к сожалению, выполняет чужие функции – амбулаторно-поликлинической службы, и по этой причине не в состоянии оказать профильную экстренную медицинскую помощь в необходимых случаях. Все это приводит не только к необоснованным финансовым тратам, но и к летальному исходу.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Багненко С.Ф., Мирошниченко А.Г., Архипов В.В. Основные проблемы организации экстренной медицинской помощи на современном этапе. Скорая медицинская помощь. 2002; 2: 8-10.
2. Бойков А.А., Ханин А.А. Скорая и неотложная медицинская помощь в рассуждениях и цифрах. Скорая медицинская помощь. 2006; 1: 11-19.
3. Вишняков Н.И., Павлов Ю.В., Федотов В.А. Современная роль отделений экстренной помощи больницы скорой медицинской помощи. Скорая медицинская помощь. 2002; 2: 14-16.
4. Внутренние болезни по Тинсли Р. Харрисону. Под ред. Э. Фаучи, Ю. Браунвальда, К. Иссельбахера, Дж. Уилсона, Дж. Мартина, Д. Каспера, С. Хаузера и Д. Лонго: В 2 т.: Пер. с англ. М.: Практика - Мак-Гроу-Хилл (совместное издание), 2002. 3116 с., 487 табл., 451 ил.
5. Воробьев П.А. Кого, как, чем и зачем мы лечим. Клин. геронтол. 2005; 1: 4-12.
6. Основы организации скорой медицинской помощи (догопитальный этап). Под ред. Б.Д. Комарова. М.: Медицина, 1979. 216 с.
7. Фиалко В.А., Кириченко М.А., Бушуев А.В. Трудности и ошибки в реорганизации станций скорой медицинской помощи и поликлинических отделений медицинской помощи на дому. Скорая медицинская помощь. 2006; 1: 20-21.
8. Экстрин И.А. Влияние показателей общей заболеваемости, возрастного и полового состава населения на обращаемость за скорой медицинской помощью. Скорая медицинская помощь. 2002; 4: 13-16.

Поступила 05.10. 2006

ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ

УДК 616.72-002:615.322

**ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОРНЕВИЩА  
САБЕЛЬНИКА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА  
С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА**

В.В. Егоров, **А.П. Егорова**

*Кафедра социальной геронтологии и гериатрии НМХЦ им Н.И. Пирогова  
Москва*

*Ключевые слова: остеоартроз, качество жизни, восстановительное лечение*

*Key words: osteoarthritis, the quality of life, medical*

Дегенеративные заболевания опорно-двигательного аппарата – наиболее часто встречающаяся патология органов движения в пожилом и старческом возрасте [8].

Деформирующий остеоартроз и остеохондроз позвоночника занимают лидирующее место среди заболеваний этой группы, наиболее часто влияющих на качество жизни пожилых и старых людей [2].

Лечение этих заболеваний представляет собой трудную задачу и остается по существу, несмотря на современные достижения в ревматологии, симптоматическим и стереотипным. Комплекс лечебных мероприятий должен решать как минимум следующие задачи [2,7,8]:

- купировать болевой синдром;
- подавить воспаление в суставах, особенно синовит;
- снизить риск обострений и вовлечение в процесс других суставов;
- снизить риск потери равновесия больным во время ходьбы;
- улучшить качество жизни и предотвратить инвалидизацию.

Наиболее широко используемые с этой целью нестероидные противовоспалительные препараты при длительном пероральном приеме часто

оказывают побочные действия и вызывают осложнения [3].

У лиц старших возрастных групп они выражены в большей степени вследствие изменения фармакокинетики лекарственных препаратов на фоне возрастного ухудшения функции печени и почек. В связи с этим применение методов традиционной медицины в восстановительном лечении хронических и вялотекущих патологических процессов в гериатрии является оправданным и поэтому все шире применяется практическими врачами [1].

Особенно актуально применение малотоксичных препаратов растительного происхождения в комплексной терапии деформирующего остеоартроза и остеохондроза позвоночника. Современная восстановительная медицина эффективно использует лекарственные растения при нарушениях метаболизма: артриты, подагра [4,6].

Одним из них является корневище сабельника, относящееся к группе препаратов растительного происхождения, лечебные свойства которого известны из анналов традиционной медицины и до настоящего времени остаются малоизученными. Благодаря комплексу биологически активных веществ, оно является сильным иммуностимулятором, обладает противовоспалитель-



ным свойством, нормализует обменные процессы, выводит из организма соль и тем самым улучшает состояние опорно-двигательного аппарата.

Целью работы было изучение влияния фиточая корневища сабельника на функциональное состояние опорно-двигательного аппарата и соответственно на качество жизни больных старшего возраста, страдающих различными клиническими вариантами деформирующего остеоартроза и остеохондроза позвоночника.

Результаты исследования представлены в виде средних и относительных величин плюс — минус стандартная ошибка среднего ( $M \pm m$ ). Для определения статистической значимости различий использовался  $t$  — критерий разности. Критический уровень достоверности приняли  $p = 0,05$ .

### МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проведено лечение 62 больных с деформирующим остеоартрозом и остеохондрозом позвоночника, среди которых 49 женщин и 13 мужчин в возрастной группе 40–50 лет — 6 человек, 51–60 лет — 15, 61–70 лет — 33, 71 год и старше — 8 человек.

Пациенты были разделены на две равные группы, сопоставимые по возрасту, полу, степени тяжести заболевания и ограничению способности к самообслуживанию (табл. 1).

Все больные получили стандартное восстановительное лечение, включающее в себя методы электро-, бальнео-, теплотечения, массаж, лечебную физкультуру. Кроме этого пациентам основной группы 3 раза в день в течение 20 дней назначали фиточай корневища сабельника.

Для оценки качества жизни разработана анкета субъективной оценки с набором вопросов и ответов с использованием тестов M. Leguesne, состоящая из 20 пунктов, объединенных в 3 раздела, характеризующих наличие или отсутствие синовита, болевого синдрома и трудностей в повседневной жизни анкетированного [5].

Каждому из пунктов соответствовало 6 вариантов ответов: 1-й оценивался в 0 баллов, 2-й — в

Таблица 1

#### Самооценка больными симптомов ухудшения качества жизни

Группа симптомов, влияющих на качество жизни	Основная группа	Контрольная группа	$t$
	(n = 32)	(n = 30)	
	$M \pm m$	$M \pm m$	
Наличие синовита	4,8 ± 3,8	5,6 ± 4,2	0,14
Болевой синдром	58,3 ± 5,2	56,0 ± 9,1	0,22
Трудности в повседневной жизни	36,9 ± 8,5	38,4 ± 8,9	0,13

Таблица 2

#### Динамика клинических признаков у больных по группам в средних значениях ответов в баллах

Клинические признаки	Основная группа			Контрольная группа		
	До лечения	После лечения	Темп убыли, %	До лечения	После лечения	Темп убыли, %
Синовита	2,8	0,1	97	2,9	1,5	49
Болевого синдрома	30,9	15,9	49	23,9	19,6	18
Трудностей в повседневной жизни	23,0	11,4	51	22,0	18,3	17

1 балл, 3-й — в 2 балла, 4-й — в 3 балла, 5-й — в 4 балла, 6-й — в 5 баллов.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Наблюдения показали, что в группе больных, получивших на фоне комплексной восстановительной терапии препарат сабельника, редуцирование клинических признаков произошло более выражено, чем в контрольной группе (табл. 2).

Наибольшие различия средних значений были получены по пунктам, отражающим признаки воспаления суставов. К концу срока лечения у больных основной группы исчезли жалобы на «горячие на ощупь» суставы, в 16 раз уменьшилась балльная оценка припухлости и отечности.

В контрольной группе также наблюдалась положительная динамика, но только в 2,2 и 1,9 раза соответственно.

Различия в уменьшении болевого синдрома в основной и контрольной группах выявлены по всем пунктам анкеты, но наиболее выраженными были, %:

- боль в костях — 100 и 63;
- боль и скованность в суставах при вставании с постели — 50 и 1;
- усиление боли после стояния в течение 30 мин — 49 и 2;
- боль и скованность в позвоночнике при вставании — 50 и 8;
- боль в суставах при ходьбе — 46 и 16;
- боль в суставах при сидении — 40 и 19;
- боль в позвоночнике — 53 и 18;
- ночная боль в суставах — 46 и 24;
- боль при ходьбе (при спускании) по лестнице — 49 и 19.

Темпы уменьшения болевого синдрома при применении корневища сабельника составили в среднем 50%. Наиболее достоверные различия у пациентов основной и контрольной групп наблюдались в динамике утренней стартовой боли

(боль и скованность в суставах и позвоночнике при вставании).

Понятие «качество жизни» имеет интегративный характер и отражает не только физическое, но и психическое состояние пациентов, а также уровень их жизнедеятельности и социальной активности. Устранение причин воспаления, боли, функциональных нарушений суставов повышает качество жизни больных (табл. 3).

Достоверные различия в положительной динамике патологических симптомов при применении корневища сабельника нами получены во всех группах симптомов, отражающих качество жизни обследуемых, за исключением постурального головокружения (головокружение при резких поворотах головы).

Также проанализирована степень изменения клинических признаков и качества жизни в зависимости от возраста.

В группе больных в возрасте 49–60 лет темпы убыли балльной оценки жалоб в основной группе составили 53%, в контрольной – 36%, в возрастной группе 61–70 лет – 49% и 12%, в группе старше 71 года соответственно 54% и 21%. Обращает на себя внимание тот факт, что изменение субъективного восприятия своего состояния и результаты лечения менее выражены в группах больных моложе 60 и старше 70 лет.

В первом случае мы объяснили относительно низкий эффект от проводимой терапии наличием в группе наблюдаемых пациентов с компрессионно-спинальным синдромом, обусловленным

грыжей межпозвоночного диска (19% больных). В группах более старшего возраста аналогичных больных было лишь 2%.

По мере старения возрастные изменения, приводящие к прогрессированию дегенерации хряща, снижают эффективность терапии, направленной на уменьшение проявлений заболевания, что приводит к более низкому темпу убывания патологических признаков деформирующего остеоартроза и остеохондроза позвоночника.

### ВЫВОДЫ

Фиточай корневища сабельника при использовании его в комплексе восстановительного лечения у пожилых больных с деформирующим остеоартрозом и остеохондрозом позвоночника оказывает благоприятное воздействие на течение воспалительного, болевого синдрома, что в свою очередь приводит к значительному улучшению качества жизни больных, возможности самообслуживания, позволяет предотвратить инвалидизацию.

В наших наблюдениях не выявлено осложнений и побочных эффектов при лечении этим препаратом, что позволяет рекомендовать его как средство для купирования синовита, болевого синдрома и для вторичной профилактики данных заболеваний, особенно при наличии противопоказаний к применению нестероидных противовоспалительных препаратов и внутрисуставного введения глюкокортикоидов (коксартроз).

### ЛИТЕРАТУРА

1. Карпеев А.А. Традиционная медицина и геронтология. Мат. науч.-практ. конф. Традиционные методы лечения в геронтологии. М.; 2001. 11-12.
2. Насонова В.А., Астапенко М.Г. Клиническая ревматология: Руководство для врачей. - М.: Медицина; 1989. 593.
3. Насонова В.А. Гериатрические проблемы нестероидной противовоспалительной и анальгетической терапии. Гериатрия в лекциях. Архив журнала «Клиническая геронтология» 1995-2000 гг. - М.: Ньюдиамед; 2002. 440.
4. Современные технологии восстановительной медицины. Под ред. Труханова А.И. М.: Медика; 2004. 288.
5. Справочник по диагностике и лечению заболеваний у пожилых. Под ред. Л.И. Дворецкого и Л.Б. Лазебника. ООО Новая Волна; ЗАО «Дом ОНИКС»; 2000. 543.
6. Сторожок Н.Н. Биологическое действие природных антиоксидантов. Провизор; 1998. № 2. 50-52.
7. Цурко В.В. Остеоартроз: проблема гериатрии. М.: Ньюдиамед; 2004. 136.
8. Цурко В.В. Остеоартроз: общие задачи немедикаментозной терапии. Клин. геронтол. 2004;6: 3-6.
9. Цурко В.В. Остеоартроз: контроль боли, воспаления и лекарственные препараты, модифицирующие структуру хряща. Клин. геронтол. 2005;1: 38-41.
10. Фитотерапия с основами клинической фармакологии. Под ред. В.Г. Кукеса. М.: Медицина; 1999.192.

Поступила 05. 09.2006

Таблица 3

#### Динамика убыли признаков, затрудняющих самообслуживание больных в повседневной жизни

Что беспокоит в повседневной жизни?	Темп убыли признаков, %	
	применение сабельника	без применения сабельника
1. Головокружение при резких поворотах головой	48 ± 8,8	25 ± 7,9
2. Чувство онемения, покалывания, зябкости в кистях и стопах	48 ± 8,8	17 ± 6,9
3. Ощущение тяжести и слабости в конечностях	60 ± 8,7	14 ± 6,3
4. Боль в суставах, позвоночнике при подъеме предметов с пола	54 ± 8,8	21 ± 7,4
5. Боль, если убирать что-то на нижнюю полку шкафа, стоя на коленях	49 ± 8,8	8 ± 4,9
6. Боль в суставах, позвоночнике при посадке в машину	50 ± 8,8	23 ± 7,7
7. Нарушение походки	45 ± 8,8	10 ± 5,5

## ОГЛАВЛЕНИЕ—CONTENTS

**ПЕРЕДОВАЯ СТАТЬЯ**

ЧТО ЗА ГОДЫ МНЕ ПОПАЛИСЬ ПРИВЕРЕДЛИВЫЕ...

В.Н. Анисимов. . . . . 3

ИДЕОЛОГО-ПРАВОВЫЕ И ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ  
АСПЕКТЫ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ГОСУДАРСТВЕННОЙ  
СИСТЕМЫ СОЦИАЛЬНО-МЕДИЦИНСКОГО  
ОБСЛУЖИВАНИЯ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ

В.М. Васильчиков . . . . . 11

**ЛЕКЦИИ**

ДЕПРЕССИЯ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

П.А. Воробьев, А.В. Власова . . . . . 22

ИСТОРИЧЕСКАЯ ТРАНСФОРМАЦИЯ СОЦИАЛЬНОГО  
СТАТУСА СТАРОСТИ

А.А. Смолькин . . . . . 29

**В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ**

НЕДЕРЖАНИЕ МОЧИ В ПОЖИЛОМ ВОЗРАСТЕ

Н.И. Некрасова, П.А. Воробьев . . . . . 34

ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ С ПОЗИЦИЙ  
ИХ СОЦИАЛЬНОГО СТАТУСАЮ.П. Бойко, С.А. Сурков, А.М. Лукашев,  
О.В. Добридень . . . . . 45**СОЦИАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И ОРГАНИЗАЦИЯ  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ**МОДЕЛЬ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОГО УХОДА  
ЗА ПОЖИЛЫМИ ЛЮДЬМИ, ДЕЙСТВУЮЩАЯ  
В ФИНЛЯНДИИ: ВОЗМОЖНОСТЬ АДАПТАЦИИ  
В СОЦИАЛЬНО-ЭКОНОМИЧЕСКИХ УСЛОВИЯХ  
РОССИИ

И.Д. Копырина, А.Л. Арьев, М.В. Малаховская. . . . . 50

СТАРЕНИЕ НАСЕЛЕНИЯ В ОТРАЖЕНИИ  
ТЕОРЕТИЧЕСКОГО АНАЛИЗА: ЗАКОНОМЕРНОСТИ  
РАЗВИТИЯ ПРОЦЕССА

Е.В. Панфилова, Т.Ю. Ложкина. . . . . 63

**EDITORIAL**

«WHAT A SQUEAMISH AGED I'VE GOT»

V.N. Anisimov. . . . . 3

IDEOLOGIC AND LEGISLATIVE  
ASPECTS OF STATE  
SOCIAL MEDICAL SYSTEM  
ACTIVITY

V.M. Vasilechikov . . . . . 11

**LECTURS**

DEPRESSIONS OF AGED

P.A. Vorobiev, A.V. Vlasova. . . . . 22

HISTORIC TRANSFORMATIONS OF AGED SOCIAL  
STATUS

A.A. Smol'kin . . . . . 29

**PRACTITIONERS ASSISTANCE**

URINARY INCONTINENCE IN ELDERY

N.I. Nekrasova, P.A. Vorobiev . . . . . 34

PROBLEMS OF AGED FROM THE POINT OF THEIR  
SOCIAL STATUS

U.P. Boyko . . . . . 45

**HEALTH CARE  
ORGANIZATION**POSSIBILITIES OF FINNISH MODEL  
OF MEDICAL-SOCIAL CARE ADAPTATION  
IN CONTEMPORARY  
SOCIAL-ECONOMIC CONDITIONS  
OF RUSSIA

I.D. Kopyrina, A.L. Ariev et al. . . . . 50

POPULARITY AGING  
IN THEORETICAL ANALYSIS:  
PROCESS DEVELOPMENT TRENDS

E.V. Panfilova, T.U. Lozhkina . . . . . 63

ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ СЛУЖБА РОССИИ. ОСНОВНЫЕ  
ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ

В.В. Егоров. . . . . 67

RUSSIAN GERIATRICS SERVICE.  
MAJOR DEVELOPMENT TRENDS

V.V. Egorov . . . . . 67

**ИНФОРМАЦИЯ**

**INFORMATION**

ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ БЛАГОТВОРИТЕЛЬНОГО ФОНДА  
КАРИТАС УКРАИНЫ В ПРЕДЕЛАХ ПРОЕКТА  
«ДОМАШНЯЯ ОПЕКА» (ФОРМЫ И МЕТОДЫ  
СОЦИАЛЬНОЙ РАБОТЫ)

CHARITY FOUNDATION  
«UKRAINE CARITAS» ACTIVITY,  
THE PROJECT «HOME CARE»

О. Поясик . . . . . 73

Oksana Poyasik . . . . . 73

ЭКОНОМИЧЕСКИЕ ЗАТРАТЫ НА НЕОБОСНОВАННУЮ  
ОБРАЩАЕМОСТЬ ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ  
ЗА СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ

COST EFFECTIVENESS STUDY OF UNFOUNDED  
NEGOTIABILITY FOR EMERGENCY AMONG AGED  
PATIENTS

В.Б. Салеев, А.Л. Арьев, А.Л. Азин, А.В. Смирнов. . . . 76

V.B. Saleev, A. L. Ariev et al. . . . . 76

**ПИСЬМО В РЕДАКЦИЮ**

**LETTER TO THE EDITOR**

ЭФФЕКТИВНОСТЬ ПРИМЕНЕНИЯ КОРНЕВИЦА  
САБЕЛЬНИКА В УЛУЧШЕНИИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ  
БОЛЬНЫХ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА  
С ДЕГЕНЕРАТИВНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ  
ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

EFFICIENCY OF POTENTILLA ROOTS USE  
IN DEGENERATIVE DISEASES  
OF THE SUPPORT AND LOCOMOTION  
SYSTEM AGED PATIENTS QUALITY  
OF LIFE

В.В. Егоров, А.П. Егорова . . . . . 80

V.V. Egorov, A.P. Egorova . . . . . 80