

**Аналитическая записка**

**«МЕДИЦИНСКИЕ АСПЕКТЫ СТАРЕНИЯ  
НАСЕЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ»**

**Москва, 2015г.**

**Авторы:**

**О.Н. Ткачева** – д.м.н., профессор, главный гериатр Минздрава РФ, директор ОСП ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России «Российский геронтологический научно-клинический центр»

**В.С. Остапенко** - младший научный сотрудник отдела изучения процессов старения и профилактики возраст - ассоциированных заболеваний ФГБУ «ГНИЦПМ» Минздрава России

**Н.В. Погосова** (соавтор главы 2.1) - д.м.н., профессор, главный специалист по профилактической медицине Департамента здравоохранения г. Москвы

## Оглавление

1. НОВЫЕ ВЫЗОВЫ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ, СВЯЗАННЫЕ С ТЕМПАМИ И ХАРАКТЕРОМ СТАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ .....	- 4 -
2. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СТРУКТУРА ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В Г. МОСКВЕ.....	- 8 -
2.1. Результаты диспансеризации населения г. Москвы старше 60 лет .....	- 8 -
2.2. Заболеваемость лиц пожилого возраста в г. Москве .....	- 9 -
2.2.1 Сердечно-сосудистые заболевания .....	- 9 -
2.2.2 Сахарный диабет .....	- 11 -
2.3. Распространенность гериатрических синдромов среди пожилого населения г. Москвы ..	- 13 -
2.3.1. Костно-мышечные заболевания, снижение мобильности, падения и переломы.....	- 13 -
2.3.2. Когнитивные нарушения .....	- 19 -
2.3.3. Полипрагмазия.....	- 21 -
2.4 Смертность людей пожилого возраста в РФ и в г. Москве .....	- 22 -
3. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В Г. МОСКВЕ, КОТОРЫЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, НЕЗАВИСИМОСТЬ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ.....	- 24 -
4. ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В Г. МОСКВЕ	- 29 -
5. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ.....	- 34 -

## **1. НОВЫЕ ВЫЗОВЫ СИСТЕМЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ Г. МОСКВЫ, СВЯЗАННЫЕ С ТЕМПАМИ И ХАРАКТЕРОМ СТАРЕНИЯ НАСЕЛЕНИЯ**

В течение последних десятилетий в мире происходит глобальное старение населения. Демографическая ситуация в г. Москве, как и в Российской Федерации (РФ) в целом, не является исключением. В 1959 г. ООН в качестве критериев старения населения установила следующие границы: доля лиц свыше 65 лет до 4% - молодое, от 4 до 7% - зрелое и более 7% - старое население. Согласно шкале польского демографа Эдварда Россета, демографическая старость наступает тогда, когда доля лиц в возрасте 60 лет и старше преодолевает порог, равный 12%.

В период с 1998 по 2010 гг. доля жителей г. Москвы старше 65 лет составляла около 14%. По данным Мосгорстата на 1 января 2014 г. численность населения г. Москвы 60 лет и старше составляла 2550 тыс. человек (21.1%) (Рис.2.). По данным Росстата на 1 января 2014 г. общая численность жителей г. Москвы старше трудоспособного возраста составляла 3038 тыс. человек (25.1%) (Таблица 1, Рис.1.). В целом, в Центральном федеральном округе РФ доля людей старше трудоспособного возраста является наиболее высокой и составляет по данным 2014 г. 25.9%. Однако, в Москве этот показатель является одним из самых низких в рамках Центрального федерального округа и опережает только Московскую область, в которой доля населения старше трудоспособного возраста в 2014 г. составила 24.1%.

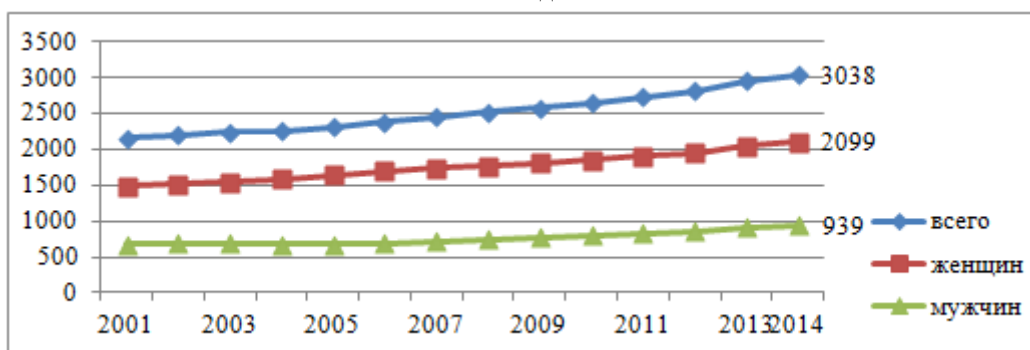
Согласно среднему варианту прогноза, численность населения РФ старше трудоспособного возраста к 2031 году составит 42.3 млн. (28.7%).

**Таблица 1. Численность населения РФ и г. Москвы старше трудоспособного возраста**

	2012г.		2013г.		2014г.	
	тыс. человек	% ко всему населению	тыс. человек	% ко всему населению	тыс. человек	% ко всему населению
<b>г. Москва</b>	2810.3	24.2	2952.6	24.27	3038.0	25.1
<b>РФ</b>	32433.5	22.7	33099.6	23.1	33788.6	23.5

**Рис.1. Численность населения г. Москвы старше трудоспособного возраста 2001-2014гг., тыс. человек**

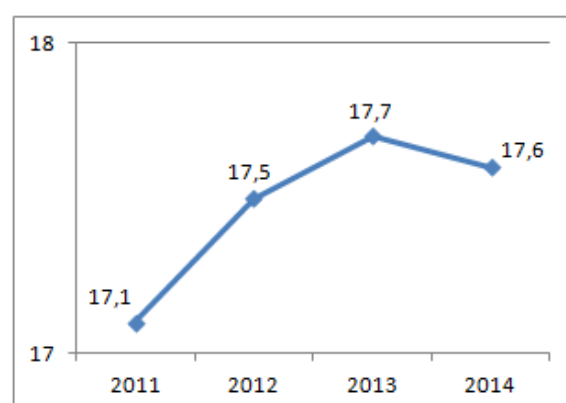
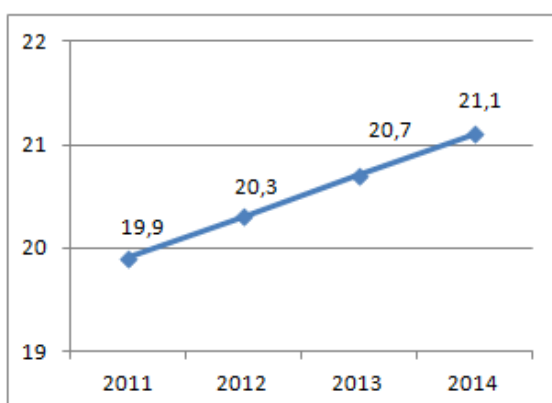
Источник: данные Росстата



К одним из наиболее часто используемых показателей демографического старения относятся показатели, характеризующие глубину старения: доля пожилых людей (60 или 65 лет и старше), доля самых старых (80 или 85 лет и старше) в населении, а так же их соотношение или индекс «глубины» старения, измеряющий старение самого контингента пожилых. Доля жителей г. Москвы 80 лет и старше среди населения 60 лет и старше за последние 4 года выросла с 17.1% до 17.6% (Рис.2.).

**Рис.2. Доля людей 60 лет и старше среди всего населения (левая панель) и доля людей 80 лет и старше среди населения 60 лет и старше (правая панель) в г. Москве, %**

Источник: расчеты на основе данных Мосгорстата

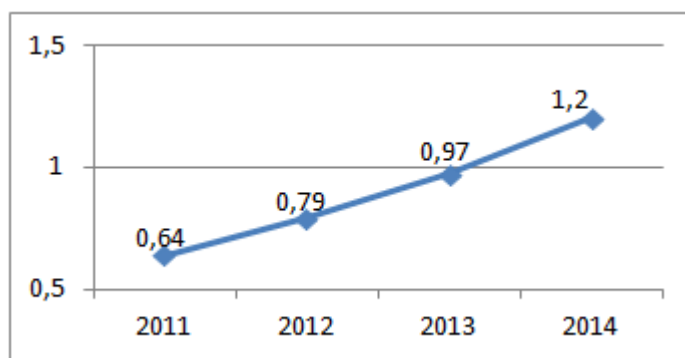


Особый интерес среди группы самых старых представляют люди в возрасте 100 лет и старше. Численность этой группы растет еще более быстрыми темпами, чем весь контингент самых старых. Согласно оценкам

ООН, за 1990-2010 гг. доля столетних в населении мира росла со средней скоростью свыше 6% в год, а их численность увеличилась со 110 до 492 тыс. В г. Москве за последние 4 года доля людей 100 лет и старше среди населения 60 лет и старше увеличилась в 2 раза, составив в 2014г. 1.2‰ (Рис.3.).

**Рис.3. Доля людей 100 лет и старше среди населения 60 лет и старше в г. Москве, ‰**

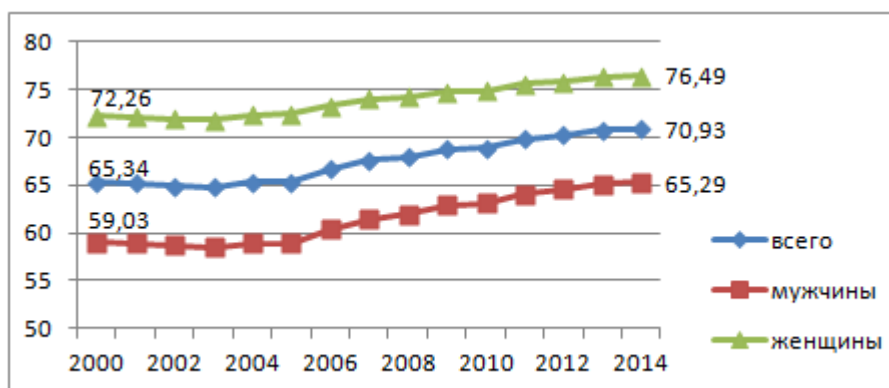
Источник: расчеты на основе данных Мосгорстата



Демографическое старение является закономерным итогом увеличения продолжительности жизни населения. Так, в течение последних 15 лет ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РФ увеличилась более чем на 5 лет, составив в 2014г. 70.93 лет (Рис.4.). В столице средняя ожидаемая продолжительность жизни при рождении выше, чем по стране в целом – по данным Мосгорстата в 2013г. в г. Москве этот показатель составил 76.37 лет (72.31 года для мужчин и 80.17 лет для женщин) (Рис.5.).

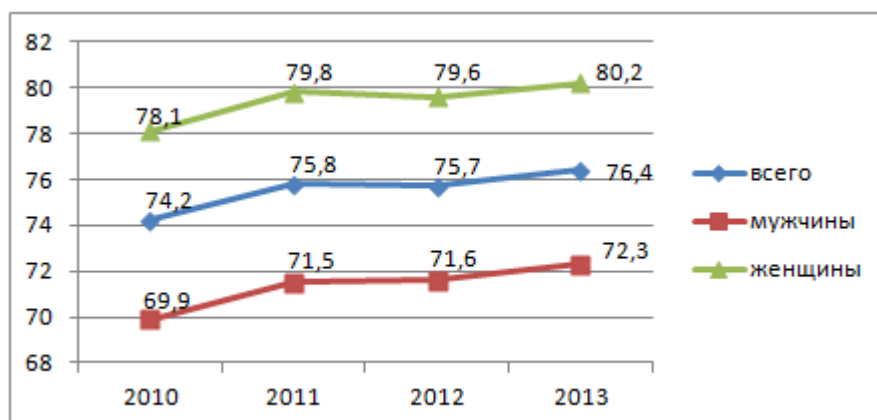
**Рис.4. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в РФ 2000-2014гг., лет**

Источник: данные Росстата



**Рис.5. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в г.Москве  
2010-2013гг., лет**

Источник: данные Мосгорстата



Важным явлением, сопровождающим демографическое старение во всем мире, является феминизация населения. В РФ ожидаемая продолжительность жизни женщин в 2014 году более чем на 10 лет превышала аналогичный показатель для мужчин (76.49 и 65.29 лет соответственно) (Рис.4.). В г. Москве разница между ожидаемой продолжительностью жизни женщин и мужчин в 2013г. составила около 8 лет (Рис.5.).

**Увеличение в г. Москве числа лиц старших возрастных групп приводит к нарастанию социально-экономических и медицинских проблем и требует проведения мероприятий, направленных на увеличение объемов и доступности медицинской и медико-социальной помощи пожилым.**

## **2. ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ И СТРУКТУРА ГЕРИАТРИЧЕСКИХ ПРОБЛЕМ У ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА В Г. МОСКВЕ**

В настоящее время ощущается очевидный недостаток эпидемиологических исследований по изучению распространенности различных заболеваний, гериатрических синдромов и структуры потребностей старшего поколения в РФ. О состоянии здоровья лиц пожилого и старческого возраста в г. Москве можно судить по уровню заболеваемости и смертности в этой возрастной группе, результатам диспансеризации, а так же по данным немногочисленных исследований, касающихся состояния здоровья пожилых людей, проведенных в нашей стране, в частности «Исследование глобального старения и здоровья взрослых» (SAGE), «ПРОМЕТЕЙ», «Стресс, Старение и Здоровье в России», предварительным результатам продолжающейся программы «ЗАБОТА» и некоторым другим исследованиям.

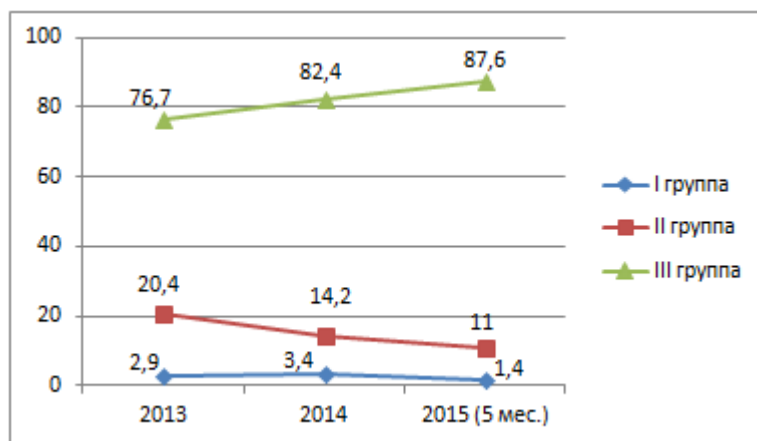
### **2.1. Результаты диспансеризации населения г. Москвы старше 60 лет**

Показатели здоровья ухудшаются с возрастом. **Около 80 % лиц пожилого и старческого возраста страдают множественной хронической патологией.** Высокая заболеваемость среди населения старше трудоспособного возраста подтверждается результатами диспансеризации. Так, 87.6% жителей г. Москвы старше 60 лет, прошедших диспансеризацию в течение 5-ти месяцев 2015г., были отнесены к III группе здоровья, то есть к категории нуждающихся в установлении диспансерного наблюдения или в оказании специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи, а также нуждающихся в дополнительном обследовании (Рис.6.). Необходимо отметить, что в течение последних 2.5 лет (с 2013г. по май 2015г.) эта цифра увеличилась более, чем на 10%. При этом доля пожилых лиц, отнесенных ко II группе здоровья, то есть не имеющих хронических неинфекционных заболеваний, но имеющих факторы риска развития таких заболеваний при высоком или очень высоком сердечно-



сосудистом риске, за этот период почти на 10% уменьшилась. Доля пожилых лиц, отнесенных к III группе здоровья, то есть не имеющих хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска развития таких заболеваний или имеющих указанные факторы риска при низком или среднем сердечно-сосудистом риске, повысившись с 2.9% в 2013г. до 3.4% в 2014г., по результатам 5-ти месяцев 2015г. составила всего 1.4 %.

**Рис.6. Распределение по группам здоровья населения г. Москвы старше 60 лет, прошедшего диспансеризацию, %**



## **2.2. Заболеваемость лиц пожилого возраста в г. Москве**

В среднем, у одного пациента старше 60 лет обнаруживается четыре-пять различных хронических заболеваний [3].

### **2.2.1 Сердечно-сосудистые заболевания**

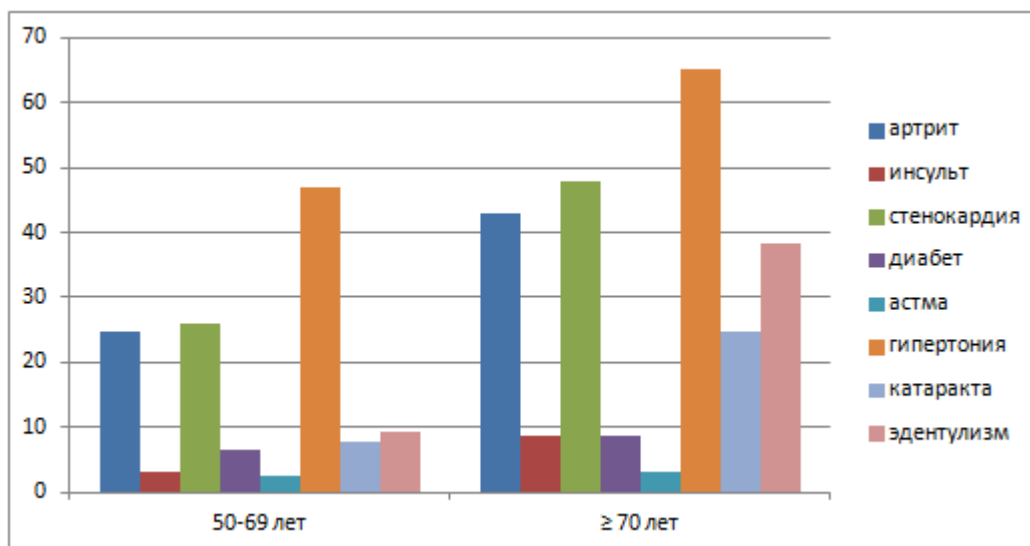
По-прежнему ведущими в структуре заболеваемости людей старше трудоспособного возраста остаются сердечно-сосудистые заболевания.

Согласно результатам исследования SAGE, в РФ среди населения 70 лет и старше распространенность артериальной гипертензии составляет 65.2 %, а стенокардии - 47.8 % (Рис.7.). По данным программы «ЗАБОТА», среди амбулаторных пациентов г. Москвы 65 лет и старше, имеющих 3 и более гериатрических синдрома по результатам самооценки, распространенность сердечно-сосудистых заболеваний оказалась еще выше -

артериальная гипертензия встречалась в 90% случаев, а ишемическая болезнь сердца в 59.7%. Похожие результаты были получены и в исследовании качества жизни пожилых людей в г. Москве [6] - около 83% опрошенных отмечали наличие сердечно-сосудистых заболеваний.

**Рис.7. Распространенность некоторых заболеваний и состояний среди населения России 50 лет и старше, %**

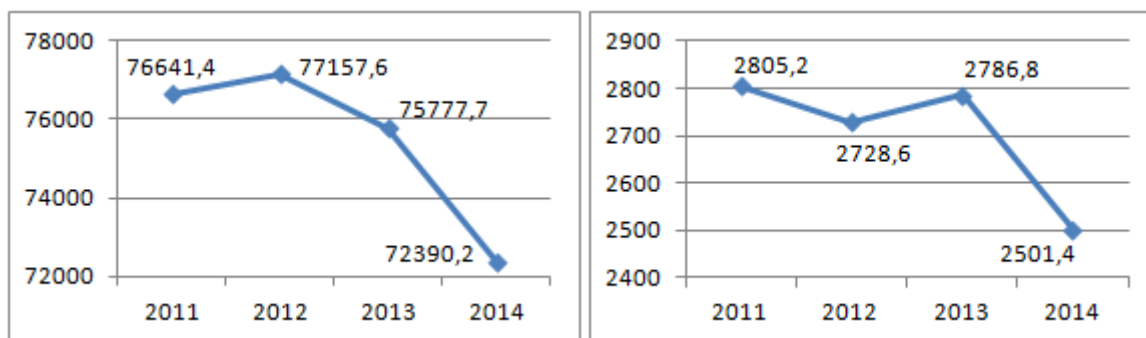
Источник: данные исследования SAGE



По данным Минздрава, в динамике с 2011 по 2014 гг. в г. Москве отмечается тенденция к снижению как общей, так и первичной заболеваемости болезнями системы кровообращения среди населения старше трудоспособного возраста (Рис.8.).

**Рис.8. Общая (левая панель) и первичная (правая панель) заболеваемость болезнями системы кровообращения населения г. Москвы старше трудоспособного возраста (на 100 тыс. соотв. населения)**

Источник: данные Минздрава

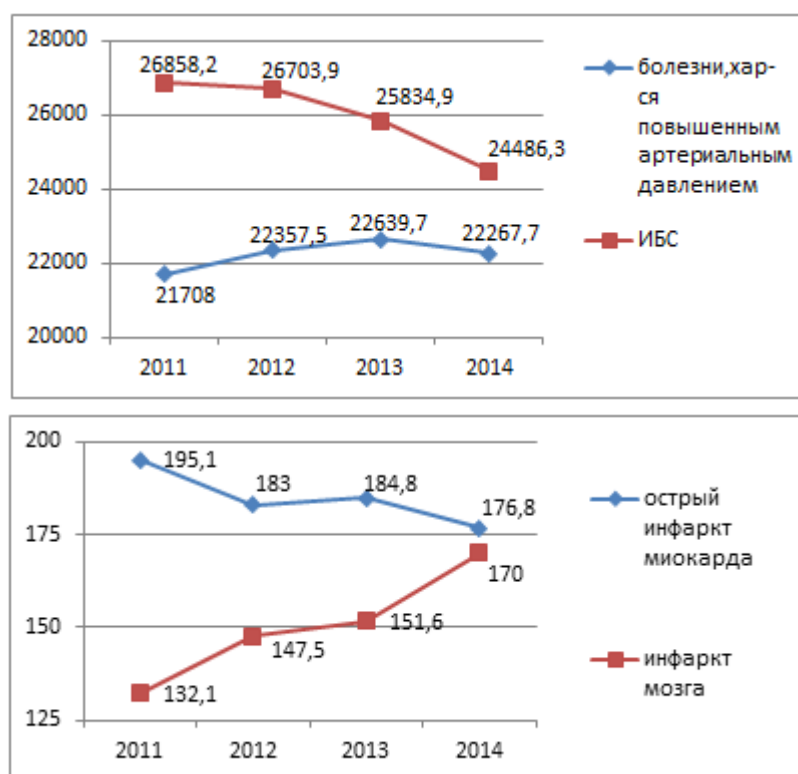


В частности тенденцию к снижению можно отметить для общей заболеваемости ишемической болезнью сердца, а так же для острого

инфаркта миокарда (Рис.9.). Общая заболеваемость болезнями, характеризующимися повышенным кровяным давлением среди населения г. Москвы старше трудоспособного возраста в течение последних 4-х лет подверглась незначительным колебаниям, составив в 2014г. 22267.7 на 100 тыс. соответствующего населения. Тревожная тенденция отмечается в отношении инфаркта мозга, заболеваемость которым среди людей старше трудоспособного возраста в г.Москве по данным Минздрава за аналогичный период увеличилась с 132.1 до 170 на 100 тыс. соответствующего населения( Рис.4.).

**Рис.9. Общая заболеваемость некоторыми болезнями системы кровообращения жителей г. Москвы старше трудоспособного возраста (на 100 тыс. соотв. населения)**

Источник: данные Минздрава



### 2.2.2 Сахарный диабет

К разряду эпидемий сегодня относят заболеваемость сахарным диабетом – эта патология является широко распространенной в популяции и

продолжает неуклонно расти. Наличие сахарного диабета 2 типа резко увеличивает риск инвалидизации пациентов [14,17,19] и оказывает значительное негативное влияние на качество жизни[20]. Больные диабетом пожилые люди в 2 раза чаще становятся физически немощными и имеют повышенный риск развития деменции, падений и переломов бедра [16, 24].

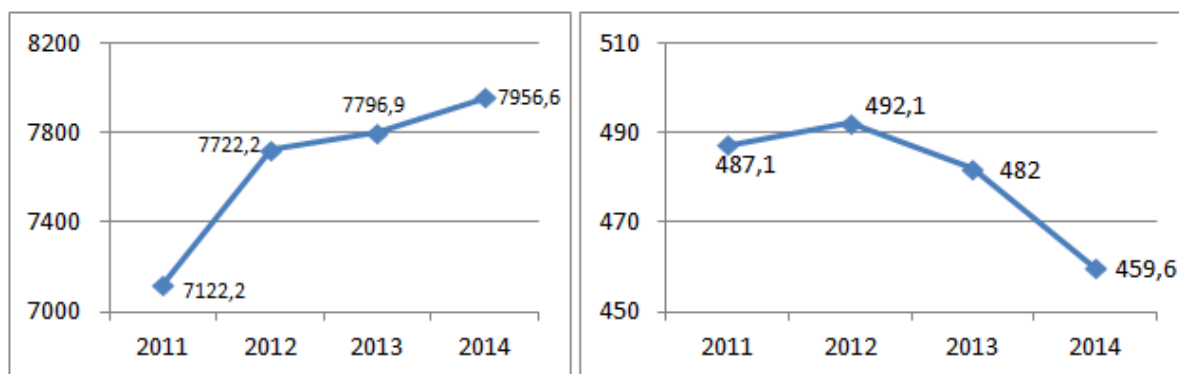
Согласно данным исследования SAGE, среди населения России 50 лет и старше распространенность сахарного диабета составляет 7.1%, а в группе 70 лет и старше – 8.7% (Рис.7.). По данным программы «ЗАБОТА», среди жителей г. Москвы 65 лет и старше, обратившихся за амбулаторной помощью и имеющих по результатам самооценки 3 более гериатрических синдрома, диагноз сахарный диабет был установлен у каждого пятого пациента (21.72%).

В опубликованном в 2014г. эпидемиологическом анализе, проведенном с 2009 по 2011гг. в двух административных округах города Москвы, распространенность сахарного диабета 2 типа составила 1590 на 100 тыс. населения, около 80% пациентов были старше 55 лет и наибольшее количество больных было выявлено в возрастных группах 60—64 лет и 70—74 лет. Первичная заболеваемость сахарным диабетом 2 типа согласно данному исследованию составила 138.72 на 100 тыс. населения[18].

По данным Минздрава среди жителей г. Москвы старше трудоспособного возраста в динамике с 2011 до 2014 гг. отмечается увеличение общей заболеваемости сахарным диабетом с 7122.2 до 7956.6 на 100 тыс. соответствующего населения (Рис.10). При этом данные о некотором уменьшении первичной заболеваемости сахарным диабетом могут свидетельствовать о снижении выявляемости новых случаев диабета среди пожилых, что является неблагоприятным фактором и влечет за собой риск развития диабетических осложнений и повышения смертности.

**Рис.10. Общая (левая панель) и первичная (правая панель) заболеваемость сахарным диабетом населения г. Москвы старше трудоспособного возраста (на 100 тыс. соотв. населения)**

Источник: данные Минздрава



### **2.3. Распространенность гериатрических синдромов среди пожилого населения г. Москвы**

Большое значение для качества жизни пожилых людей имеет не только набор имеющихся хронических заболеваний, но и формирование зависимости, функциональной неполноценности вследствие развития таких распространенных гериатрических синдромов, как старческая астения (хрупкость), падения и переломы, когнитивные нарушения и депрессия, мальнутриция, сенситивные дефициты, эдентулизм и другие.

#### ***2.3.1. Костно-мышечные заболевания, снижение мобильности, падения и переломы***

Не смотря на то, что согласно данным Минздрава среди населения г. Москвы старше трудоспособного возраста за последние 4 года отмечается тенденция к снижению как общей, так и первичной заболеваемости болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани, заболевания этой группы продолжают относиться к разряду широко распространенных среди людей старшего поколения (Рис.11).

**Рис.11. Заболеваемость населения г. Москвы старше трудоспособного возраста болезнями костно-мышечной системы и соединительной ткани (на 100 тыс. соответствующего населения)**

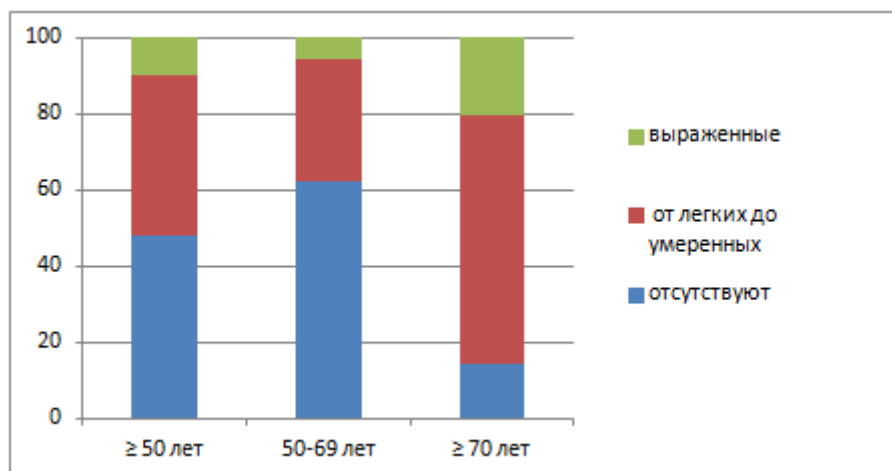
Источник: данные Минздрава



Согласно данным исследования SAGE, распространенность артритов в России среди населения 50 лет и старше составляет 30.1%, а в группе 70 лет и старше - 42.9% (Рис.7). Около половины россиян (51.9%) 50 лет и старше и 85.6% 70 лет и старше испытывают трудности при передвижении в той или иной степени (Рис.12). Выраженные трудности при передвижении испытывают 20.6% населения РФ 70 лет и старше.

**Рис.12. Распространенность трудностей при передвижении среди населения России 50 лет и старше, %**

Источник: данные исследования SAGE



Около 47% участников исследования по изучению качества жизни пожилых людей в г. Москве[6] отмечали наличие некоторых трудностей, а 20% - серьезных трудностей при передвижении. По результатам программы «ЗАБОТА» среди амбулаторных пациентов 65 лет и старше - жителей г. Москвы, не менее 40 % отмечали наличие трудностей при ходьбе. Среди пациентов этой же группы, имеющих 3 и более гериатрических синдрома по результатам самооценки, снижение скорости ходьбы менее 0.8 м/с наблюдалось в 21.7% случаев, что является низким результатом и ассоциируется с повышенным риском падений, институционализации и смерти. Такие пациенты являются маломобильными и нуждаются в использовании не только вспомогательных средств при ходьбе, таких как трости или ходунки, но и в дополнительных мерах социального обслуживания, адаптации транспортной системы, городской среды и пр. Трость при ходьбе использовали 24.9% участников программы «ЗАБОТА». У многих используемая трость была неправильно подобрана по высоте, что затрудняет выполнение ее основной функции, к которой относится создание дополнительной опоры при ходьбе, создает повышенную нагрузку на плечевой, локтевой суставы, позвоночник, стимулируя развитие патологических процессов в этих областях, а так же указывает на недостаточную распространенность базовых знаний в области гериатрии среди работников медицинской и социальной сфер в г. Москве.

Низкая скорость ходьбы людей пожилого и старческого возраста не только снижает их функциональную активность, способность к самообслуживанию, но и значительно повышает риск падений и переломов, которые влекут за собой существенную медико-социальную (рост заболеваемости, инвалидности, смертности) и экономическую нагрузку (затраты на лечение переломов и реабилитацию, оплата пособий по временной и постоянной нетрудоспособности, расходы социальных служб) для общества.

По данным ВОЗ 30% людей старше 65 лет и 50% старше 80 лет, по крайней мере, один раз в год переносят падение. От 20% до 30% случаев падений приводят к травмам, уменьшающим возможности передвижения и самостоятельности и повышающим риск преждевременной смерти. Около 10% падений приводят к серьезным травмам, из которых 5% составляют переломы. Переломы шейки бедра составляют приблизительно 25% всех переломов, возникающих в результате падений людей, проживающих дома[22].

При оценке распространенности падений среди пожилых людей в рамках программы «ЗАБОТА» оказалось, что среди обращающихся за амбулаторной помощью жителей г. Москвы 65 лет и старше, 20.94% отметили, что в течение последнего года получали травмы, связанные с падением. В группе пациентов, имеющих 3 и более гериатрических синдрома по результатам самооценки, как минимум один раз в течение последнего года падали 43.9% пациентов. У каждого четвертого пациента (23.5%) были указания в анамнезе на наличие типичного для остеопороза перелома, однако только 5% пациентов получали медикаментозную терапию для лечения остеопороза.

Данные литературы свидетельствуют о том, что, по крайней мере, 15% падений у пожилых людей являются потенциально предотвратимыми [23]. Предупредить падения можно путем разнообразных вмешательств, направленных на тренировку мышц и устойчивости тела, оценки и модификации условий жизни пациента, ревизии и коррекции лекарственной терапии, оперативного лечения катаракты, ношения бедренного протектора и некоторых других.

В Российской Федерации в группу потенциального риска остеопоротических переломов входит 24% (34 млн.) жителей. Подсчитано, что каждую минуту в стране у людей старше 50 лет происходит 7 переломов позвонков, каждые 5 минут – перелом шейки бедра. В целом по стране отмечается низкая хирургическая активность при переломе проксимального



бедра: лишь 33-40% больных госпитализируется, и только 13% получают оперативное пособие. Следствием этого является высокая летальность после перелома бедра, в ряде городов России достигающая до 45-52% [9]. По имеющимся данным при отсутствии оперативного лечения 33% из выживших пациентов с переломом проксимального отдела бедра остаются прикованными к постели, у 42% активность ограничена квартирой. Выходят на улицу только 15%, а к уровню активности, предшествовавшему перелому, возвращаются только 9% пациентов[7].

Ожидается, что в связи со старением населения число больных с остеопорозом в РФ вырастет на треть. По данным официальной статистики судить о распространенности остеопороза и ассоциированных с ним переломов в России практически невозможно. Так, согласно данным Минздрава, общая заболеваемость остеопорозом среди населения г. Москвы старше трудоспособного возраста в 2013г. составила только 662.5, а по РФ в целом - 328.9 на 100 тыс. соответствующего населения. Однако популяционные исследования, проведенные сотрудниками НИИ ревматологии РАМН, свидетельствуют о том, что остеопороз имеют 33.8% женщин и 26.9% мужчин, а признаки остеопении определяются у 43.3% женщин и 44.1% мужчин старше 50 лет.

Наблюдение за группой населения старшего возраста в Москве показало, что частота новых переломов позвонков в год составляет 5.9% у мужчин и 9.9% у женщин 50 лет и старше. При этом максимальная частота отмечена в группе 75 лет и старше [11]. Переломы различных локализаций (без учета переломов позвоночника) случались у 13.1% мужчин и 24% женщин жителей г. Москвы старше 50 лет [10](Таблица 2).

**Таблица 2. Распространенность переломов среди населения г. Москвы старше 50 лет, %**

Источник: исследование[10]

Локализация перелома	Мужчины	Женщины
Предплечье	7.2	17.0
Ребро	5.9	1.7
Любые переломы (кроме позвоночника)	13.1	24.0

В многоцентровом исследовании, охватившем 14 крупных городов России, частота перелома дистального отдела предплечья за 1992—1997 гг. составила 200 на 100 тыс. мужчин и 563 на 100 тыс. женщин в возрасте 50 лет и старше. При этом в г. Москве заболеваемость у женщин доходила до 1200 на 100 тыс. человек [8].

Важным фактором, обеспечивающим поддержание здорового состояния костной ткани и профилактику переломов является витамин D. Дефицит витамина D широко распространен в московской популяции. Так, согласно исследованию Н.В. Торопцовой и соавт.[13], только у 28.7% женщин Москвы в постменопаузе уровень витамина D оказался в пределах нормальных значений (> 50 нмоль/л).

«Золотым стандартом» диагностики остеопороза является определение минеральной плотности костной ткани с помощью технологии двухэнергетической рентгеновской абсорбциометрии (DXA-денситометрия). По данным на 2010 г., из имеющихся в РФ 167 двухэнергетических рентгеновских денситометров, 52% были установлены в Москве, а остальные — в крупных больницах областных центров [8]. Проведение денситометрического исследования в России не входит в программу государственных гарантий. Это означает, что пациенты вынуждены платить за него самостоятельно, что делает DXA-денситометрию для многих пожилых людей недоступной.

### ***2.3.2. Когнитивные нарушения***

В фокусе отдельного внимания гериатрической службы находятся пациенты с нарушениями когнитивного статуса различной степени выраженности: от начальных проявлений снижения памяти, что затрудняет применение лекарственных препаратов, снижает комплаентность, сопряжено с возможной передозировкой и тяжелыми нежелательными явлениями, до развития тяжелой деменции, требующей институционализации пациента. Пожилой возраст часто ассоциируется со снижением памяти и других когнитивных способностей. В процессе старения головной мозг претерпевает ряд закономерных инволютивных изменений, результатом которых становится ослабление концентрации внимания и оперативной памяти. В норме эти изменения выражены незначительно и компенсируются жизненным опытом. Однако, помимо физиологических изменений, старение часто сопровождается хроническими неврологическими заболеваниями, которые приводят к более выраженным когнитивным расстройствам. Так, пожилой возраст является наиболее сильным фактором риска нейродегенеративных и сосудистых заболеваний головного мозга[4].

По мнению академика Н.Н. Яхно, сегодня можно говорить об эпидемии деменций, в частности, являющихся следствием нейродегенеративного поражения головного мозга[15]. Наряду с этим практически не существует данных о реальной распространенности болезни Альцгеймера в российской популяции. Согласно данным Минздрава общая заболеваемость болезнью Альцгеймера среди жителей г. Москвы старше трудоспособного возраста в 2011-2014 гг. составила 45.1 - 37.1 - 37.8 - 48.2, а первичная - 8.8 - 4.8 - 5.7 - 5.6 на 100 тыс. соответствующего населения. Вероятно, болезнь Альцгеймера, выявленная по обращаемости и зафиксированная службой государственной статистики, не отражает истинной частоты заболевания. Результаты исследования С.И. Гавриловой и соавт.[2] свидетельствуют о том, что распространенность болезни Альцгеймера в нашей стране примерно соответствует таковой в европейской

популяции и в мире в целом. Согласно данным ВОЗ, среди людей 60 лет и старше от 5 до 8 человек из 100 страдают деменцией[1]. С учетом того, что в 60-70% случаев причиной деменции является болезнь Альцгеймера [1], распространенность болезни Альцгеймера среди москвичей старше трудоспособного возраста в действительности более, чем в 100 раз превышает данные официальной статистики Минздрава. Эти предположения подтверждаются так же результатами немногочисленных исследований распространенности когнитивных нарушений, проведенных в нашей стране. Так, по результатам исследования «ПРОМЕТЕЙ», включившем 3210 пациентов пожилого возраста из 33 городов России, впервые пришедших на амбулаторный неврологический прием, 25% имели весьма низкие результаты нейропсихологических шкал, что может свидетельствовать о наличии деменции, и более 40% пациентов имели легкие или умеренные когнитивные нарушения, не достигающие стадии деменции.

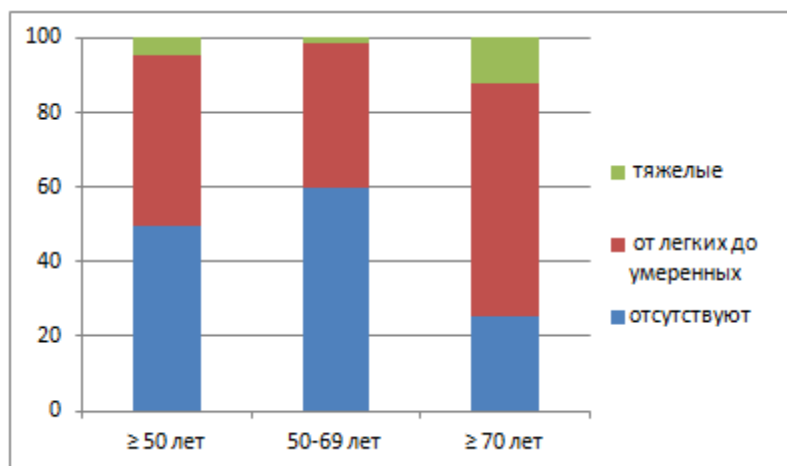
Согласно данным, полученным в рамках программы «ЗАБОТА», на наличие проблем с памятью, пониманием, ориентацией или способностью планировать предъявляли жалобы 57.3% амбулаторных пациентов г. Москвы 65 лет и старше. Среди пациентов, имеющих 3 и более гериатрических синдрома по результатам самооценки, 37.5 % получили 25-27 баллов по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE), что может свидетельствовать о наличии у таких пациентов легких или умеренных когнитивных нарушений; 10.2% пациентов набрали 24 и менее баллов, что может свидетельствовать о наличии деменции.

По данным С.А. Шальной и соавт., в исследовании «Стресс, старение и здоровье», включившем около 1800 жителей г. Москвы со средним возрастом  $68.4 \pm 0.18$  лет, 14.1% пациентов набрали менее 24 баллов по тесту MMSE, что с большой долей вероятности свидетельствует о наличии у этих относительно «молодых» пациентов тяжелых когнитивных нарушений [21]. О высокой распространенности когнитивных нарушений в российской популяции свидетельствуют и результаты международного

исследования SAGE, полученные в 2007-2010гг. – среди населения 50 лет и старше, у 50.3% были выявлены легкие и умеренные когнитивные нарушения, а у 4.8% –тяжелые когнитивные нарушения; в группе 70 лет и старше когнитивные нарушения той или иной степени выраженности встречались в 74.7% случаев (Рис.13).

**Рис.13. Распространенность когнитивных нарушений среди населения России 50 лет и старше, %**

Источник: данные исследования SAGE



Одним из наиболее важных принципов ведения пациентов с когнитивными нарушениями является ранняя диагностика и максимально раннее начало терапии. Поздняя диагностика когнитивных нарушений в клинической практике зачастую связана с недостаточным владением врачами различных специальностей инструментами для диагностики когнитивных расстройств. Необходимо внедрение в практику врача первичного звена диагностических методик, позволяющих мониторировать состояние когнитивного статуса, для раннего выявления когнитивных нарушений и своевременного начала медикаментозной терапии.

### **2.3.3. Полипрагмазия**

К актуальным проблемам гериатрии относится и полипрагмазия, т.е. одновременное назначение множества лекарственных средств, что влечет за собой риск развития осложнений и побочных эффектов.

Согласно данным, полученным в рамках программы «ЗАБОТА», среди жителей г.Москвы 65 лет и старше, обращавшихся за амбулаторной помощью и имеющих по результатам самооценки 3 и более гериатрических синдрома, медикаментозную терапию, включающую от 1 до 12 ( в среднем  $4.6 \pm 2.5$ ) препаратов, получали 95.5% пациентов. Три и более препарата принимали 78.7%, пять и более - 50,7%, семь и более – 22.2% пациентов. По данным Ж.М. Сизовой и соавт. [12] анализ 402 амбулаторных медицинских карт коморбидных больных с артериальной гипертензией, наблюдавшихся в ГБУЗ «Городская поликлиника №2» ДЗ г. Москвы за период с 2010 по 2013 гг. показал, что среднее количество лекарственных назначений на 1 больного составило 9.5 (от 5 до 14 лекарственных средств).

Высокая распространенность полипрагмазии среди пожилых пациентов г. Москвы является следствием как высокой коморбидности, то есть наличия нескольких заболеваний у одного пациента, так и недостаточного уровня знаний в области гериатрии среди врачебного сообщества в г. Москве.

#### **2.4 Смертность людей пожилого возраста в РФ и в г. Москве**

Болезни системы кровообращения занимают лидирующую позицию в качестве причин смерти в нашей стране. Так показатель смертности в классе болезней системы кровообращения среди населения РФ в возрасте 65 лет и старше в 2010г. составил 4512.7 на 100 тыс. населения. На втором месте с большим отрывом находится смертность от новообразований, показатель которой среди населения РФ в возрасте 65 лет и старше в 2010г. составил 834.4 на 100 тыс. населения. В г. Москве за период январь-апрель 2015г. показатель смертности от болезней системы кровообращения среди населения в целом составил 591.6, а от новообразований – 215.3 на 100 тыс. населения, превысив показатель смертности за аналогичный период 2014г.

Показатели смертности пожилого населения России выше, чем в странах Европы. Сравнение показателей смертности населения по отдельным причинам (по классам болезней МКБ-10) показывает, что

основное превышение смертности населения РФ в возрасте 65 лет и старше над соответствующими показателями разных стран Евросоюза имеет место лишь по некоторым группам болезней. Относительный показатель смертности от болезней системы кровообращения в РФ оказался на втором месте, превысив аналогичный показатель для стран Евросоюза в 2.8 раза. Первое место по показателю смертности относительно стран Евросоюза занял класс болезней «Симптомы, признаки и отклонения от нормы, выявленные при клинических и лабораторных исследованиях, не классифицированные в других рубриках», к которому относятся травмы, ожоги, обморожения, отравления. В рамках этого класса болезней показатель смертности в России превысил аналогичный показатель в странах Евросоюза в 3.3 раза. Так же высокая относительная смертность (1.7) оказалась в классе «Внешние причины заболеваемости и смертности», к которому относятся ДТП, падения, отравления и самоубийства. Указывая на высокую распространенность среди пожилых людей в РФ случаев смерти от потенциально устранимых причин, эти данные свидетельствуют о необходимости оказания повышенного внимания людям старшего поколения со стороны всего общества.

### **3. СОЦИАЛЬНЫЕ ПРОБЛЕМЫ ПОЖИЛЫХ ЛЮДЕЙ В Г. МОСКВЕ, КОТОРЫЕ ОПРЕДЕЛЯЮТ СОСТОЯНИЕ ЗДОРОВЬЯ, НЕЗАВИСИМОСТЬ, КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И ПОТРЕБНОСТЬ В МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

В пожилом возрасте в связи с прекращением активной трудовой деятельности происходят изменения в условиях и образе жизни, в семейном и социальном положениях. Окончание трудовой деятельности неизбежно приводит к сокращению социальных связей, возможности общаться с широким кругом людей. Кроме того, пожилые люди часто отделяются от ставших самостоятельными детей. Ослабление связей с обществом, близкими так же связаны с потерей друзей и знакомых в связи с их уходом из жизни. Особенно остро подобные перемены переживают овдовевшие пожилые люди.

Увеличение продолжительности жизни и снижение рождаемости приводит к трансформации семейно-родственной структуры - горизонтальные семейные связи меняются на вертикальные, 3-х поколенные родственные связи преобразуются в 4-х поколенные. Сложившаяся ситуация повышает нагрузку по уходу и опеке на среднее поколение – то есть на людей трудоспособного возраста.

Усиливающееся с возрастом одиночество является одной из острейших социальных и психологических проблем. Согласно данным проведенного исследования [6], каждый пятый пожилой человек, проживающий в г. Москве, является одиноким.

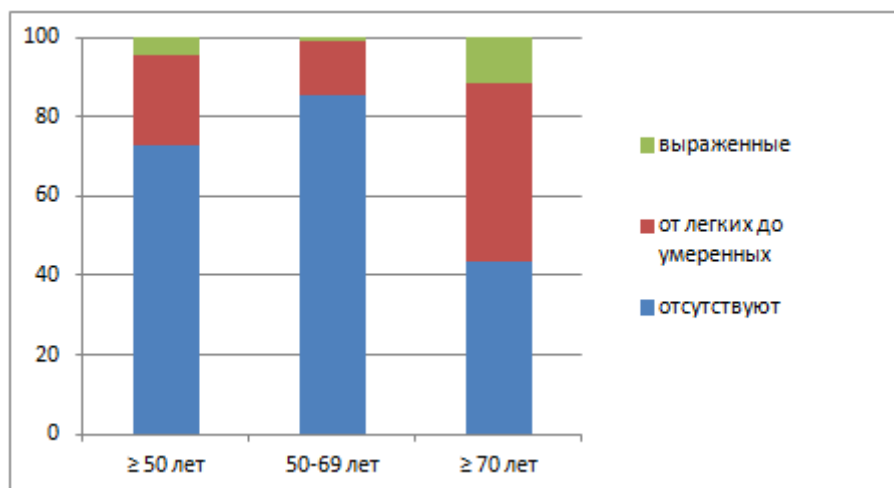
По данным исследования SAGE распространенность вдовства среди населения России 70 лет и старше составляет 56.9% (24.7% среди мужчин и 70.5% среди женщин). По данным программы «ЗАБОТА» среди амбулаторных пациентов – жителей г. Москвы 65 лет и старше, имеющих по результатам самооценки 3 и более гериатрических синдрома, распространенность вдовства составила 44.8% (19.4% среди мужчин и 49.7% среди женщин); а среди возрастной группы 70 лет и старше - 51.2% (22.5% среди мужчин и 57.5% среди женщин).



Трудности при самообслуживании по данным исследования SAGE испытывают 27% россиян старше 50 лет, а в группе людей 70 лет и старше эта цифра достигает 56.3% (Рис.14).

**Рис.14. Распространенность трудностей при самообслуживании среди населения России 50 лет и старше, %**

Источник: данные исследования SAGE



По данным программы «ЗАБОТА» среди амбулаторных пациентов - жителей г. Москвы 65 лет и старше, имеющих по данным самооценки 3 и более гериатрических синдрома, в 5.4% случаев индекс базовой активности оказался сниженным - у таких пациентов имеются трудности при минимальном самообслуживании (например, при одевании, выполнении гигиенических мероприятий, и т.д.). При оценке инструментальной активности, включающей более сложные навыки самообслуживания, уже в каждом третьем случае (33.9%) отмечалось ее снижение - такие пациенты нуждаются в помощи при приготовлении пищи, пользовании телефоном, приеме лекарств и т.д. Похожие результаты были получены и при исследовании качества жизни пожилых людей в г. Москве [6] - более 90% респондентов не испытывали трудностей при выполнении гигиенических процедур и надевании одежды, однако при приготовлении пищи трудности возникали уже у значительно большего числа опрошенных: скорее

несложно, чем сложно сделать это оказалось 46%, скорее сложно - 11%, наконец, абсолютные затруднения испытывали 4% опрошенных.

Высокая распространенность среди москвичей пожилого и старческого возраста одиночества, одинокого проживания, вдовства на фоне снижения функциональной активности требует тесного взаимодействия медицинской и социальной служб на всех этапах оказания помощи. Особенно остро ощущается необходимость такого взаимодействия при выписке одиноких зависимых пожилых пациентов из стационаров. На этом этапе должна активно подключаться социальная служба, а так же служба медицинского патронажа. Важной представляется возможность перенять общемировой опыт, когда к больницам, осуществляющим лечение пациентов старшего возраста, прикрепляется социальный работник, который представляет интересы пожилых пациентов, участвует в оформлении опекуна, а так же в решении проблем, связанных с организацией доставки маломобильных пациентов домой, занимается оповещением патронажной службы, и при необходимости - оформлением пациентов в дома престарелых.

Программа мероприятий по улучшению качества жизни лиц пожилого и старческого возраста, поддержанию их способности к самообслуживанию, повышению качества медицинской и медико-социальной помощи должна планироваться с обязательным учетом особых потребностей данной категории граждан. В настоящее время связи со вступлением в силу Федерального закона от 28 декабря 2013 года № 442-ФЗ «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», существенно изменяется правовое регулирование отношений, связанных с оказанием гражданам социальных услуг, которые теперь будут предоставляться с учетом оценки индивидуальной нуждаемости граждан [5].

Важным является вопрос участия пожилых людей в трудовой деятельности. Люди старших возрастов в силу своего большого опыта, образовательного уровня и навыков имеют огромные потенциальные

возможности быть полезными обществу и участвовать в трудовой деятельности. Для пожилых людей, не имеющих функциональных ограничений, продолжение трудовой деятельности является залогом активного долголетия, определяет социальный статус, способствует обеспечению финансовой независимости и является важным фактором для профилактики развития широко распространенной среди старшего поколения депрессии. Необходимо удовлетворять интересы пожилых людей, желающих участвовать в трудовой деятельности.

По данным исследования SAGE около 40.5% россиян 50 лет и старше продолжают работать. Среднее число лет продолжительности трудовой деятельности после выхода на пенсию в РФ по данным 2014г. составляет 6.32, а доля работающих пенсионеров - 24% (Таблица 3). Около 2% россиян продолжают трудовую деятельность после наступления пенсионного возраста на протяжении 15 и более лет.

Согласно результатам исследования [6], каждый четвертый пожилой человек, проживающий в Москве, продолжает работать, что совпадает с данными по стране в целом. По данным программы «ЗАБОТА» среди жителей г. Москвы 65 лет и старше, обратившихся за амбулаторной помощью и имеющих по результатам самооценки не менее 3-х гериатрических синдромов, продолжают трудовую деятельность около 5% .

**Таблица 3. Трудовая активность людей пенсионного возраста в РФ**

	2011г.	2014г
Работающие пенсионеры, %	23	24
из них со стажем трудовой деятельности после назначения пенсии, %:		
от 1 года до 4 лет	9.5	9.1
от 5 до 9 лет	6.6	6.2
от 10 до 14 лет	2.7	2.8
≥15 лет	2.0	1.8
Среднее число лет продолжительности трудовой деятельности (трудового стажа) после назначения пенсии	6	6.32

В связи с неоднородностью популяции пожилых людей необходим дифференцированный подход в решениях о возможности трудового участия разных групп старшего поколения. В настоящее время требуется проведение исследований и обобщение знаний всей совокупности медицинских, социальных, экономических и демографических особенностей изменения трудового потенциала общества, что необходимо для рационального управления трудовыми ресурсами старшего поколения.

#### **4. ОБЕСПЕЧЕНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩЬЮ ЛИЦ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ В Г. МОСКВЕ**

Согласно опубликованному докладу в рамках Государственной программы города Москвы "Развитие здравоохранения в г. Москве (Столичное здравоохранение)" на 2012-2016 гг., медицинская помощь лицам старших возрастных групп в г. Москве осуществляется бесплатно в полном объеме, как в амбулаторных условиях, так и в условиях стационара.

Потребность в амбулаторно-поликлинической помощи у лиц пожилого и старческого возраста в 2-4 раза выше, а потребность в стационарной помощи по отдельным видам специализированной помощи (кардиология, эндокринология, пульмонология, урология, офтальмология, неврология, психиатрия, онкология и др.) в 1.5-3 раза выше, чем у людей трудоспособного возраста.

В г. Москве 5 городских поликлиник №№ 3, 5, 46, 116, 220, ориентированных преимущественно на оказание амбулаторной медицинской помощи лицам пожилого и старческого возраста, к которым они прикреплены для диспансерного наблюдения; 5 стационарных учреждений на 3707 коек, занимающихся лечением лиц пожилого и старческого возраста: Городская клиническая больница № 60 (785 коек), Городская больница № 49 по уходу (120 коек), Госпиталь ветеранов войн № 1 (600 коек), Госпиталь ветеранов войн №2 (1190 коек), Госпиталь ветеранов войн №3 (1012 коек) [3].

Во всех поликлиниках г. Москвы создан регистр инвалидов и участников Великой Отечественной войны. Инвалидам войны, ветеранам ВОВ, ветеранам труда сохранено медицинское обслуживание в лечебно-профилактических учреждениях города, где они наблюдались до выхода на пенсию. Реабилитация ветеранов ВОВ осуществляется на амбулаторном уровне в специально созданных поликлиниках восстановительного лечения и крупных врачебно-физкультурных диспансерах административных округов г. Москвы, отделениях и кабинетах восстановительного лечения городских

поликлиник административных округов г. Москвы. В системе ЛПУ Департамента здравоохранения г. Москвы восстановительная терапия инвалидам и пожилым гражданам проводится в 5 поликлиниках восстановительного лечения, 7 крупных врачебно-физкультурных диспансерах, которые функционируют как центры реабилитации, и 84 кабинетах и отделениях восстановительного лечения [3].

Лицам пожилого возраста осуществляется бесплатное зубопротезирование, и по медицинским показаниям – слухопротезирование [3]. Однако, предварительные результаты программы «ЗАБОТА» свидетельствуют о том, что проблемы, связанные с подбором и эксплуатацией зубных протезов и слуховых аппаратов широко распространены среди пожилого населения г. Москвы. Так, среди амбулаторных пациентов 65 лет и старше, указавших на наличие проблем с пережевыванием пищи, в 30% случаев пациенты не использовали зубные протезы и проблемы с пережевыванием пищи были связаны с эдентулизмом, то есть с выпадением зубов. В оставшихся 70% случаев проблемы с пережевыванием пищи возникали не смотря на наличие зубных протезов и, вероятно, были связаны с дефектами их подбора. Трудности возникали и при использовании слуховых аппаратов - не смотря на то, что около 38% пациентов отмечали наличие проблем со слухом, слуховыми аппаратами пользовались только 4% пациентов. Многие пациенты отказались от ношения слухового аппарата, так как испытывали значительный слуховой дискомфорт при его использовании, что может так же говорить о наличии дефектов подбора аппаратов.

Сенсорные дефициты и эдентулизм, широко распространенные в популяции пожилых людей, требуют особого внимания в связи с потенциальной возможностью коррекции в большинстве случаев, а так же высоким риском развития таких осложнений, как падения и переломы, мальнутриция, уменьшение функциональной активности и независимости.

В 2014г. на реабилитационных койках г. Москвы прошли лечение 11830 пациентов старше трудоспособного возраста, что составило 57.7% от общего числа пролеченных пациентов. Средний койко-день в г. Москве для пациентов старше трудоспособного возраста в 2014г. составил 13.5, что на 1.3 дня меньше по сравнению с аналогичным показателем в 2013 г. (Таблица 4).

**Таблица 4. Стационарная помощь пациентам старше трудоспособного возраста в г. Москве**

	2013г.	2014г.
<b>Всего койко-дней</b>	637633	645861.5
<b>Средний койко-день</b>	14.8	13.5
<b>Летальность (%)</b>	5.9	5.8

Из числа людей, прошедших диспансеризацию в г. Москве доля лиц старше 60 лет в 2014г. составила 22.6%, а за 5 месяцев 2015г. – 23.1%. Под диспансерным наблюдением в 2014г. находились 15741 участников ВОВ и 4684 инвалидов ВОВ, а стационарное лечение получили 4122 участников ВОВ и 1622 инвалидов ВОВ (88.5% и 89.8% от всех нуждающихся соответственно).

Численность инвалидов старше трудоспособного возраста в г.Москве в 2014г. составила 729.7 тыс. человек, что составляет 24% соответствующего населения. Большинство из них нуждаются в оказании как медицинской, в том числе по профилю «гериатрия», так и социальной помощи.

Обеспеченность населения г. Москвы геронтологическими койками в 2013г. составляла 3.41 на 10 тыс. соответствующего населения и более чем в 5 раз превышала аналогичный показатель по стране в целом (Таблица 4). Число геронтологических коек в г. Москве в 2013г. увеличилось в 1.6 раз по сравнению с предыдущим годом. В 2014г. в шести медицинских учреждениях г. Москвы функционировали 1210 геронтологических койки, на которых прошли лечение в течение 2014г. 5171 пациентов старше трудоспособного возраста, что составило 93.2% от всех пролеченных пациентов (Таблица 6).

Обеспеченность врачами-гериатрами в г. Москве является недостаточной. По данным на первую половину 2015г. в г. Москве врачами-гериатрами работают 56 специалистов, обеспечивая при этом занятость 35.25 ставок.

Не смотря на увеличение показателя обеспеченности населения г. Москвы койками сестринского ухода в 2013г. по сравнению с предыдущим годом, в целом он остается низким по сравнению с аналогичным показателем в Центральном федеральном округе и в РФ (Таблица 5).

**Таблица 5. Число и обеспеченность населения геронтологическими койками и койками сестринского ухода**

<b>Геронтологические койки</b>				
	<b>Число коек</b>		<b>Обеспеченность на 10 тыс. соотв. населения</b>	
	<b>2012г.</b>	<b>2013г.</b>	<b>2012г.</b>	<b>2013г.</b>
<b>г. Москва</b>	709	1130	2.14	3.41
<b>Центральный федеральный округ</b>	914	1367	0.82	1.23
<b>РФ</b>	1782	2241	0.47	0.6
<b>Койки сестринского ухода</b>				
	<b>Число коек</b>		<b>Обеспеченность на 10 тыс. населения</b>	
	<b>2012г.</b>	<b>2013г.</b>	<b>2012г.</b>	<b>2013г.</b>
<b>г. Москва</b>	700	860	0.58	0.72
<b>Центральный федеральный округ</b>	5399	5006	1.4	1.29
<b>РФ</b>	20861	20415	1.46	1.42

**Таблица 6. Число геронтологических коек и пролеченных на них пациентов в г. Москве, 2014г.,шт.**

<b>Психиатрическая больница №1</b>	365
<b>Психиатрическая больница №2</b>	65
<b>Психиатрическая больница №13</b>	300
<b>Психиатрическая больница №14</b>	150
<b>Психиатрическая больница №15</b>	280
<b>НИИ гастроэнтерологии</b>	50
<b>Общее число коек</b>	1210
<b>Пролечено пациентов</b>	5545
<b>Пролечено пациентов старше трудоспособного возраста</b>	5171

**В настоящее время доступность гериатрической помощи в г. Москве, как и в стране в целом, остается низкой в связи с недостатком**



кабинетов гериатров и гериатрических отделений в поликлиниках, а также гериатрических отделений в многопрофильных стационарах. Отсутствует система гериатрического патронажа, в которой нуждаются ограниченные в передвижении пациенты с синдромом старческой астении, или так называемым синдромом «хрупкости». Гериатрическая помощь на данный момент оказывается фрагментарно. Существующая организационная структура медицинской помощи пожилым не позволяет организовать работу гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты.

**Происходящие демографические сдвиги требуют укрепления гериатрической службы, развития профилактического и реабилитационного направлений деятельности учреждений первичной медико-санитарной помощи, а так же развития надомных форм обслуживания пациентов пожилого и старческого возраста, в частности системы гериатрического патронажа.**

## **5. СТРАТЕГИЧЕСКИЕ ПОДХОДЫ К РЕШЕНИЮ МЕДИЦИНСКИХ ПРОБЛЕМ СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ Г. МОСКВЫ**

Решение проблем старшего поколения г. Москвы возможно только при межведомственном комплексном подходе. Необходимо выделить целый ряд ключевых проблем и направлений, требующих решения и развития.

**Необходимо обеспечить доступность медицинской помощи, в том числе гериатрической и паллиативной, во всех амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях г. Москвы, а так же осуществлять контроль за обеспечением лекарствами и техническими средствами реабилитации людей пожилого возраста.** Для обеспечения равного и универсального доступа к медико-социальному обслуживанию в г. Москве должна быть создана последовательная и преемственная система, сочетающая в себе оказание медицинских и социальных услуг для людей всех возрастов - от первичной профилактики до паллиативной помощи. Медицинская помощь пожилым людям в г. Москве должна быть доступна вне зависимости от специализации и технологичности с учетом показаний специалистов и должна оказываться во всех лечебных учреждениях, оказывающих специализированную, в том числе высокотехнологичную медицинскую помощь. Пожилой возраст не должен быть поводом для отказа от любого вида медицинской помощи, в том числе от госпитализации. Высшему органу государственной власти г. Москвы необходимо обеспечить реализацию мероприятий по совершенствованию организации медицинской помощи лицам старше трудоспособного возраста в рамках программы развития здравоохранения в г. Москве, в том числе создание гериатрической службы; усилить контроль за обеспечением лиц старше трудоспособного возраста лекарственными препаратами, в том числе наркотическими анальгетиками, и медицинскими изделиями.

**Важным направлением является профилактика хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) у людей пожилого возраста, включающих формирование здорового образа жизни и раннюю**

**диагностику ХНИЗ и факторов риска их развития с последующей своевременной их коррекцией с целью снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности.** Профилактические программы включают:

воздействие на факторы образа жизни и окружающей среды, которые увеличивают риск ХНИЗ у людей пожилого возраста, в том числе за счет создания условий для ведения здорового образа жизни, создания доступной среды и необходимого уровня социальной помощи в г.Москве, которое должно быть осуществлено на межведомственной основе путем вовлечения в процесс целого ряда министерств, представителей бизнес-структур и общественных организаций;

выявление лиц с повышенным уровнем фактов риска ХНИЗ, влияющих на показатели снижения способности к самообслуживанию и формирование функциональной зависимости от окружающих людей и проведение мероприятий по их коррекции;

раннюю диагностику и предупреждение прогрессирования возраст-ассоциированных заболеваний и состояний как за счет факторной профилактики и коррекции поведенческих факторов риска, так и за счет своевременного проведения современного лечения, в том числе с использованием высокотехнологических вмешательств;

**Гериатрическая служба г. Москвы должна быть организована как единая система долговременной медико-социальной помощи за счет преемственности ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты.** Гериатрическая служба г. Москвы должна обеспечивать долговременную помощь и функционировать как единая многоуровневая система амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи на основании внедрения комплекса инструментов для оценки функционального, социально-экономического и психического состояния пожилого человека. Необходимо усилить территориальные врачебные участки г. Москвы с преобладанием пожилого населения за счет введения

ставки фельдшера с дополнительной подготовкой по гериатрии, создать гериатрические отделения (кабинеты), расширить диапазон предоставляемых внебольничных услуг и создать рациональные системы длительного ухода за людьми пожилого и старческого возраста. Это позволит повысить качество и доступность первичной медико-санитарной помощи, удовлетворенность населения, снизить нагрузку на врачей первичного звена и длительность пребывания в стационарах пациентов пожилого и старческого возраста. В структуре многопрофильных стационаров и гериатрических больниц г. Москвы должны быть созданы гериатрические отделения, основная функция которых будет заключаться в оказании плановой медицинской помощи пациентам 60 лет и старше со старческой астенией и комплексом возраст-ассоциированных заболеваний и состояний, а также в проведении реабилитационных мероприятий для данной категории граждан после перевода их из других стационаров.

**С целью организации взаимодействия между органами здравоохранения и социальной защиты г. Москвы** необходимо обеспечивать исполнение приказа Министерства труда и социальной защиты РФ № 889н от 18.11.2014г. «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов Российской Федерации при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении)», Федерального закона № 442 от 28.12.2013г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации», приказа Министерства труда и социальной защиты РФ № 940н от 24.11.2014г. "Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений".

В г. Москве необходимо создать гериатрический центр, который будет обеспечивать координацию организационно-методической,

образовательной, просветительской, научной работы государственных организаций, входящих в единую систему, а также лечебно-диагностическую деятельность.

Важным вопросом является развитие паллиативной медицинской помощи в интересах жителей г. Москвы старшего возраста. Необходима организация эффективной системы маршрутизации пациентов паллиативного профиля, включающей систему амбулаторной, стационарной помощи и систему патронажа на дому для повышения удовлетворенности населения качеством помощи и эффективности заполнения стационаров соответствующего профиля. В вопросах организации комплексного ухода и медицинских услуг пациентам паллиативного профиля необходимо делать упор на организацию стационаров на дому, дневных стационаров, выездных патронажных служб, с особым вниманием к проблемам обезболивания. Развитие должны получить государственные и частные службы помощи на дому, выездные службы оказания паллиативной медицинской помощи в соответствии с Порядком оказания паллиативной медицинской помощи взрослому населению (Приказ Минздрава России №187н от 14.04.2015г.).

**Должно быть оптимизировано финансовое обеспечения медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования г. Москвы для пациентов пожилого возраста. Необходимо разработать стандарт по старческой астении (код по МКБ-10 R54), а так же ввести коэффициент сложности курации пациентов не только с учетом возраста, но и наличия зависимости, функциональной полноценности и комплекса возраст-ассоциированных заболеваний и состояний.**

В связи с необходимостью расширения медико-социальной помощи в г. Москве все больше возрастает потребность в **использовании механизмов государственно-частного партнерства в сфере оказания медицинских и социальных услуг для людей пожилого возраста.**

**Важным вопросом является создание единой системы профессиональной подготовки (переподготовки), аттестации и**

**сертификации специалистов по оказанию медицинской, в том числе гериатрической и паллиативной, и социальной помощи людям пожилого возраста.** Должны быть разработаны профессиональные стандарты и модифицированы образовательные стандарты по гериатрии, паллиативной медицинской помощи в соответствии с современным состоянием проблемы, а также созданы профессиональные стандарты подготовки специалистов по паллиативной медицинской помощи. Требуется включение в додипломное образование дополнительного модуля по гериатрии, паллиативной медицинской помощи, а так же разработка образовательными учреждениями высшего профессионального образования программ дополнительного профессионального образования (профессиональная переподготовка) для терапевтов и врачей общей практики по гериатрии и программ высшего профессионального образования (ординатура по специальности «гериатрия»). Необходимо осуществлять подготовку врачей первичного звена здравоохранения в рамках их квалификации по программам дополнительного профессионального образования по направлению «гериатрия», а медицинских сестер – по направлению «сестринское дело в гериатрии», подготовку и обучение специалистов по уходу, в том числе со средним образованием и без медицинского образования, а так же специалистов, работающих с гражданами пожилого возраста (психологов, социальных работников/специалистов по социальной работе) по направлению «социальная и психологическая помощь в гериатрии». Следует поддерживать развитие частных образовательных учреждений, занимающихся подготовкой специалистов по уходу. Должны быть созданы критерии и стандарты оценки качества работы специалиста по уходу.

**Необходимо поддерживать научные исследования в области гериатрии и геронтологии.** Целесообразно проведение фундаментальных и прикладных исследований в области геронтологии и гериатрии с целью изучения механизмов старения, профилактики развития и прогрессирования

старческой астении, оптимизации профилактики, диагностики и лечения заболеваний у людей пожилого возраста, планирования объемов и характера медицинской и социальной помощи людям пожилого возраста.

В связи с неуклонно нарастающей медико-социальной значимостью проблем когнитивных расстройств и деменции, патологии костно-мышечной системы, нарушений питания в популяции пожилых людей необходим системный подход в их решении. Требуется **разработка и реализация следующих комплексных программ медико-социальной помощи пожилым пациентам с возраст-ассоциированными заболеваниями и состояниями:**

программа медико-социальной помощи пожилым пациентам с когнитивными и другими психоневрологическими расстройствами, включающая образовательные программы для медицинских и социальных работников в этой области, создание специализированных амбулаторных и стационарных медицинских подразделений для улучшения качества диагностики деменции и повышения эффективности ее лечения, повышение информированности населения о ранних проявлениях деменции и последствиях ее прогрессирования;

программа медико-социальной помощи пожилым пациентам с высоким риском инвалидизации в результате патологии костно-мышечной системы, включающая образование в этой области, создание эффективной системы выявления и коррекции факторов риска травм и переломов, разработку программ реабилитации;

программа по профилактике и лечению дефицита питания у пожилых, оптимизации питания у пожилых, включающая образование в этой области, разработку методических рекомендаций по питанию для пожилых;

программа по разработке современных производственных технологий с целью создания специализированных продуктов питания для людей пожилого и старческого возраста с синдромом мальнутриции или риском ее

развития, нарушением жевания и глотания на основании клинических исследований;

**Важным является развитие медико-просветительского направления с целью привлечения внимания гражданского общества к решению проблем пожилых людей, популяризации потенциала и достижений геронтологии и гериатрии как современных направлений медицины, способствующих продлению периода активного долголетия.**

Государственные учреждения, оказывающие медико-социальную помощь пожилым людям должны быть открыты для общественности, готовой принять участие в организации различных форм заботы о пожилых гражданах (волонтеры, НКО). Необходимо создавать дружественную инфраструктуру жизнедеятельности и психологической атмосферы для пожилых людей с инвалидностью и способствовать их активной активизации, в том числе участию в деятельности, приносящей доход.

**Ожидаемые результаты расширения и оптимизации медицинской помощи пожилым:**

обеспечение комплексности, доступности, эффективности медицинской помощи пожилым людям в г. Москве;

оптимизация расходования бюджетных средств (сокращение нагрузки на учреждения здравоохранения с учетом увеличения объема услуг, предоставляемых учреждениями гериатрического профиля, использующими менее затратные замещающие и поддерживающие немедикаментозные технологии - снижение нагрузки на поликлиники на 15 %, на стационары, предоставляющие экстренную медицинскую помощь, и на службу скорой медицинской помощи - на 20 %);

привлечение дополнительного финансирования на развитие системы медико-социальной помощи пожилым за счет инициирования целевых программ и привлечения негосударственных структур и оказанию медицинских, социальных и психологических услуг для граждан старших возрастных групп;



## Список литературы

1. ВОЗ, Информационный бюллетень № 362, март 2015г.
2. Гаврилова С.И. и соавт. Сравнительная фармакоэкономическая оценка современных препаратов для терапии болезни Альцгеймера. Отчет РГМУ, Российского общества клинических исследований, 2007.
3. Государственная программа города Москвы 2012-2016 гг. "Развитие здравоохранения в городе Москве (Столичное здравоохранение)" на 2012-2016 гг. Подпрограмма «Медицинское обеспечение старшего поколения».
4. Захаров В.В. Распространенность и лечение когнитивных нарушений в неврологической клинике (Результаты Всероссийского исследования "ПРОМЕТЕЙ") // Consilium Medicum, том №10, № 2, с. 25-29
5. Информация о выполнении Государственной программы города Москвы «Социальная поддержка жителей города Москвы на 2012-2018 годы» в 2014 году и задачах на 2015 год.
6. Корнилова М.В. Качество жизни и социальные риски пожилых // Современные исследования социальных проблем №3 Том 7, 2011г.
7. Кузьмина Л.И. Эпидемиология, факторы риска и медико-социальные аспекты последствий остеопороза: Автореф. дис. канд. мед. наук. Ярославль, 2002; 25 с. 10.
8. Лесняк О.М., Беневоленская Л.И. Остеопороз в Российской Федерации: проблемы и перспективы // Научно-практическая ревматология, 2010, № 5, 14-18.
9. Меньшикова Л.В. Исходы переломов бедренной кости и их медико-социальные последствия // Клин. мед. 2002;6: 39—41.
10. Михайлов Е.Е., Беневоленская Л.И., Баркова Т.В. Эпидемиологическая характеристика переломов конечностей в

популяционной выборке лиц 50 лет и старше // Остеопороз и остеопатии. — 1998. — № 2. — С. 2–6.

**11.** Михайлов Е.Е., Мылов Н.М. Частота новых случаев переломов позвонков в популяционной выборке лиц в возрасте 50 лет и старше // Научная программа и тезисы Российского конгресса по остеопорозу. Ярославль: Литера, 2003; с.63.

**12.** Сизова Ж.М. и соавт. Полипрагмазия и лекарственные взаимодействия при лечении коморбидных больных артериальной гипертонией в амбулаторно-поликлинической практике // Поликлиника 1/2015, С. 13-17

**13.** Торопцова Н.В. , Беневоленская Л.И. Уровень витамина D в сыворотке крови у женщин в постменопаузе // Тез. II Рос. конгресса по остеопорозу. Ярославль: Литера, 2005;

**14.** Шестакова М.В. Сахарный диабет в пожилом возрасте: особенности клиники, диагностики и лечения // ConsiliumMedicum . 2002.- Т.4,№ 10.-С. 544-548.

**15.** Яхно Н.Н. и соавт. Распространенность когнитивных нарушений при неврологических заболеваниях (анализ работы специализированного амбулаторного приема) // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика №2, 2012г.

**16.** Gregg EW.et al. Diabetes and incidence of functional disability in older women // Diabetes Care.-2002.-Vol.25,№1.-P.61-67.

**17.** Grimaldi A., Heurtier A. Epidemiology of cardio-vascular complication of diabetes//Diabet.Metab.-1999.-Vol.25,Suppl.3.-P.12-20.

**18.** Kalashnikova M.F. et al. Analysis of epidemiological indices of type 2 diabetes in the adult population of Moscow. Diabetesmellitus 2014;(3):5-16.

**19.** Nazimek-Siewniak B. et al.Risk of macrovascular and microvascular complications in Type 2 diabetes: results of longitudinal study design// J.Diab.Compl.-2002.-Vol.I6,№ 4.-P.271-276.

**20.** Rubin R.R, Pcyrot M. Quality of life and diabetes //Diab.Metab.Res.Rev.-1999.-Vol.15.-P.205-218.

**21.** ShalnovaS. et al. Association between cognitive function and grip strength in Muscovites 55 year and older. TheSAHRstudy /2011.

**22.** ToddC.,SceletonD.  
Whatarethemainriskfactorsforfallsamongolderpeopleandwhatarethemosteffectivein  
terventionstopreventthesefalls? // WHO, 2004.

**23.** Oliver D., Connelly J.B., Victor C.R., Shaw F.E., Whitehead A., Genc Y., et al. Strategies to prevent falls and fractures in hospitals and care homes and effect of cognitive impairment: systematic review and meta–analyses. BMJ 2007;334:82

**24.** Volprato S.et al. Comorbidities and impairments explaining the association between diabetes and lower extremity disability // Diabetes Care .- 2002.-Vol.25,№ 4.-P. 677-683.