

биотикограмм: назначен меропенем и амикацин. При контроле лечения в крови (забранной через трое суток после первой пробы), моче (через пять суток), раневом содержимом (через семь суток) рост микроорганизмов не обнаружен.

### Заключение

Выявление чувствительности бактерий к антимикробным препаратам позволило начать этиотропную терапию, позволившую остановить инфекционный процесс. Тем не менее, на этапах интенсивной антибиотикотерапии после трансплантации костного мозга не во всех случаях удается культуральным методом выделить микро-

организм, вызвавший инфекцию. Комплексное обследование биоматериалов с применением молекулярно-генетических и серологических методов, которые в настоящее время разработаны для выявления антигенов отдельных инфекционных агентов, расширяет ускоренную диагностику этиологии инфекции на каждом этапе, а значит, позволяет успешно завершить лечение больных.

Приведенные результаты свидетельствуют о значительных возможностях современного микробиологического исследования в решении серьезных проблем диагностики и лечения инфекционных осложнений больных с онкогематологическими заболеваниями на этапах интенсивного лечения.

### Литература

1. Багирова, Н. С. Таксономическая структура и резистентность к антибиотикам возбудителей инфекций кровотока у онкогематологических больных / Н. С. Багирова // Клиническая онкогематология. — 2015. — Т. 8, № 2. — С. 191–200.
2. Медицинская энциклопедия [Электронный ресурс]. Режим доступа: <http://meddaily.info/?cat=article&id=1263>.
3. Одинец, Ю. В. Актуальные вопросы трансплантации костного мозга у детей с заболеваниями крови / Ю. В. Одинец, И. Н. Поддубная, Е. А. Панфилова // Здоровье ребенка. — 2009. — Т. 19, № 4. — С. 123–127.
4. Орлова, Р. В. Фебрильная нейтропения. Инфекционно-токсический шок / Р. В. Орлова, В. А. Чубенко // Практическая онкология. — 2006. — Т. 7, № 2. — С. 69–76.
5. Определение чувствительности к антимикробным препаратам. Клинические рекомендации. Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии. — 2015. — 162 с.

Адрес для переписки: [boroninalg@mail.ru](mailto:boroninalg@mail.ru)

---

## МЕЖСЕКТОРАЛЬНОЕ ВЗАИМОДЕЙСТВИЕ И РОЛЬ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП НАСЕЛЕНИЯ В ЗДОРОВОМ ДОЛГОЛЕТИИ

УДК 613.98

**О.В. Галиуллина, А.П. Сиденкова, Е.С. Набойченко**

*Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация*

Вопросы здорового старения в современном мире актуальны для всех стран. В последнее десятилетие наблюдается увеличение доли лиц пожилого возраста, это обстоятельство обуславливает правительства всех стран решать задачи во всех отраслях экономики для развития таких механизмов, которые способствовали бы снижению экономического бремени от болезней, социальных и психологических проблем стареющего населения для обеспечения сохранения качества их жизни в пожилом возрасте.

**Ключевые слова:** здоровье пожилого населения, здоровая старость, службы здравоохранения, социальная и психологическая помощь, межсекторальное взаимодействие.

## INTERSECTORAL COLLABORATION AND THE ROLE OF THE QUALITY OF LIFE OF OLDER AGE GROUPS IN HEALTHY LONGEVITY

**O.V. Galiulina, A.P. Sidenkova, E.S. Naboychenko**

*Ural state medical university, Yekaterinburg, Russian Federation*

The issues of healthy aging in the modern world are relevant for all countries, the proportion of older people has increased in the last decade, this fact causes all governments to solve problems in all sectors of the economy to develop mechanisms that would reduce the economic burden of disease, social and psychological problems aging

population to ensure the preservation of their quality of life in the elderly.

**Keywords:** elderly population health, healthy old age, health services, social and psychological assistance, intersectoral interaction.

По оценкам экспертов, демографические процессы, происходящие в возрастных структурах населения мира, имеют в различных странах схожие тенденции, характеризующиеся демографическим переходом, в котором выделяется три этапа. На первом этапе увеличение доли выживания детей позволяет омолаживать возрастной состав населения. На втором этапе снижается рождаемость и сокращается доля выживаемости детей, а доля населения старших возрастных групп и пожилых людей — увеличивается. На третьем этапе совокупность процессов долговременного снижения рождаемости и смертности населения приводит к росту доли людей пожилого возраста. По определению ООН, пожилые люди — это лица 60 лет и старше. Согласно международным критериям, население страны считается старым, если людей в возрасте 65 лет и старше насчитывается более 7%.

Сегодня в большинстве стран мира прослеживается определенная тенденция — это неуклонное старение населения и увеличение доли населения, которое доживет до 60 лет и старше. Согласно данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) к 2050 году численность людей пожилого возраста составит 22%, или более двух миллиардов человек. Согласно статистическим данным более половины населения мира в возрасте 60 лет и старше — свыше 54% — сконцентрировано в Азии, в Европе проживает 22%, в Северной Америке — чуть более 8%, в Латинской Америке и Африке — примерно по 7%.

Исследования Организации экономического сотрудничества и развития показали, что к 2020 году каждый третий работник экономически развитых стран будет старше 50 лет и около 40% населения старше 55–64 лет задействован в экономике.

По оценкам экспертов ООН, число людей 60 лет и старше в мире к 2045 году впервые превысит число детей в возрасте до 15 лет примерно на 1,8 миллиарда человек, а к 2050 году, по среднему варианту прогноза, — на 2 миллиарда человек.

Для современной демографической ситуации России эти процессы также являются актуальными, как и для экономически развитых стран, но эти процессы накладываются еще на низкую продолжительность жизни населения и сохраняющуюся высокую смертность трудоспособного населения.

По данным официальной статистики, в Российской Федерации происходит старение населения. Так, прирост населения старшей возрастной

группы (60 лет и старше) в течение 5 лет составил 11,8% (с 2013-го по 2017 год), а удельный вес этой категории в общей численности населения увеличился на 9,2%, составив на конец 2017 г. 20,8%.

Сохраняются гендерные диспропорции в группе трудоспособного населения: рост продолжительности жизни с 67,61 лет в 2007 году до 72 лет в 2016 году увеличивает показатель демографической нагрузки на население трудоспособного возраста. Эти тенденции характерны и для Свердловской области: так, темп прироста граждан пожилого и старческого возраста Свердловской области составил за 5 лет (с 2013-го по 2017 год) 9,6%; увеличивается также в динамике и удельный вес населения в возрасте 60 лет и старше за последние 5 лет (с 2013-го по 2017 год) с 19,5% до 21,6%.

Процессы старения общества и демографических изменений происходят на фоне ускорения научно-технического прогресса, меняющейся экономики, социальных отношений и психологии общества. Снижение трудоспособного населения и увеличение демографической нагрузки на него, повышение расходов на здравоохранение на фоне сокращения финансовых поступлений и увеличения затрат на уровнях стационарной и медико-социальной помощи во многом обусловлена пожилым возрастом. Так, во многих развитых странах значительная доля средств здравоохранения затрачивается на медицинскую помощь этой группе населения.

Безусловно, большая часть проблем со здоровьем в пожилом возрасте связана с наличием хронических заболеваний, многие из которых могут быть предотвращены или отложены благодаря здоровому образу жизни, благоприятной среде, хорошему питанию и выявлению проблем со здоровьем на ранних стадиях.

Рост населения старших возрастных групп ставит новые задачи и цели перед государством и обществом, направленные не только на обеспечение основных потребностей граждан старшего поколения для поддержания условий их жизнедеятельности, но и на создание условий для их активного участия в политической, социальной и иных сферах деятельности общества.

Большинство систем здравоохранения не готово к удовлетворению потребностей стареющего населения, имеющего хронические заболевания, в том числе представленные разнообразными возраст-специфическими синдромами, что определяет потребность в комплексной медицинской гериатрической помощи.

Широкое многообразие состояний здоровья и функциональных систем организма в пожилом и старческом возрасте, устаревшие стереотипы в отношении пожилых людей, несбалансированность системных взаимодействий требуют комплексных ответных мер, которые в настоящее время имеют ограниченный характер. В настоящее время со стороны государства требуется решить ряд задач во многих областях жизни общества для сохранения здорового долголетия и улучшения качества жизни пожилых людей.

Понятия «типичный» пожилой человек сегодня не существует, это связано с тем, что на протяжении всей жизни человека протекают события, которые можно изменять, а это, в свою очередь, формирует многообразие в жизнеспособности и медицинских потребностях пожилых людей, подчеркивая важность подходов к сохранению здоровья стареющего населения, основанных на всем жизненном цикле человека. Дополнительные годы жизни вносят свой вклад в общество самыми разными способами — будь то в своей семье, в местном сообществе или в обществе в целом. Ключевую роль сохранения в активной социальной жизни пожилого населения выполняет здоровье. Так, если дополнительные годы будут сопровождаться снижением физических и умственных способностей, то последствия для самих пожилых людей и для общества будут гораздо более негативными.

Сложная динамика изменений состояния здоровья в пожилом возрасте отражается на физических, психических способностях и функционировании пожилых людей. Физиологические изменения, болезни и мультиморбидность в пожилом возрасте обуславливают другие состояния здоровья, не входящие в традиционные классификации болезней и характеризующиеся хроническим течением, например старческая дряхлость, которая после 65 лет может составлять до 10%; с другой стороны, могут возникать острые состояния на фоне многочисленных детерминант, например делирий. Последствия этих процессов сопровождается изменениями и в психосоциальном статусе пожилых людей.

Исследования активности в повседневной жизни, для определения степени нуждаемости в постороннем уходе, выявляют, что при уменьшении активности в повседневной жизни пациента пропорционально увеличивается степень его нуждаемости в постороннем уходе, а, следовательно, возрастает необходимость для планирования сети медицинских организаций и подразделений гериатрического профиля в больницах, а также механизмов оптимизации взаимодействия с органами и учреждениями социальной защиты. Отсутствие тех или иных возможностей самообеспечения лиц

пожилого и старческого возраста в повседневной жизни дает возможность целенаправленно оснащать медицинские организации гериатрического профиля необходимым оборудованием и осуществлять тематическое повышение квалификации медицинского персонала.

Тенденции, наблюдаемые в состоянии здоровья современных пожилых людей, противоречивы: так, в соматической медицине на фоне уменьшения числа случаев тяжелой инвалидности наблюдается рост показателей инвалидности средней тяжести и учащение функциональных расстройств. При этом наиболее распространенными и инвалидизирующими заболеваниями лиц старшего возраста оказываются нервно-психические расстройства, представленные грубым и прогрессивным снижением познавательных функций. Нарастающая беспомощность и прогрессирующее течение когнитивных расстройств обуславливает возрастающую потребность пожилого населения в специальном внимании, особом обслуживании этой группы граждан, а проявление самой болезни и утяжеление неблагоприятно сказывается на окружении пациента и вызывает изменения в условиях жизни всей семьи.

Особое внимание уделяется когнитивным функциям пожилых, они носят разноплановый характер, и их уровень тесно связан с уровнем образования. Многие когнитивные функции начинают ухудшаться в относительно молодом возрасте, причем разные функции ухудшаются с разной скоростью и, как следствие, с возрастом область когнитивных функций приобретает все более гетерогенный характер. Зачастую пожилые люди предъявляют жалобы на ухудшение памяти, скорость обработки информации, сниженное внимание и неспособность сосредотачиваться на конкретных действиях.

В настоящее время существует явная необходимость сосредоточить внимание на тех состояниях, которые вносят наибольший вклад в бремя совокупных болезней пожилых людей. По данным ВОЗ, наиглавнейший приоритет занимает деменция, требующая координации широкого спектра разнообразных мер социальной и медицинской помощи. Сегодня проявляется больший интерес к возможности раннего ее выявления и своевременному проведению поддерживающих программ, которые позволяют пациентам с деменцией максимально долго жить самостоятельно.

Личностные, социальные и экономические последствия деменции огромны. Деменция ведет к росту необходимых для обеспечения долгосрочной помощи расходов со стороны правительств, сообществ, семей и отдельных людей, а также к снижению производительности в экономике. Гло-

бальные расходы, связанные с уходом за больными деменцией, составили в 2010 г. около 604 млрд. долл. США: 1,0% от объема глобального валового внутреннего продукта. К 2030 г. расходы по уходу за людьми с деменцией во всем мире составят более 1,2 трлн. долл. США, что может поставить под угрозу социально-экономическое развитие в мире. Около 60% людей с деменцией проживают в странах с низким и средним уровнем дохода, и в течение последующих десяти лет ожидается стремительный рост этого показателя, что может усугубить неравенство между странами и группами населения. Таким образом, необходимы устойчивые глобальные усилия для активизации действий по борьбе с деменцией и решения связанных с ней проблем. Ни одна страна, ни один сектор и ни одна организация не в состоянии справиться с этой проблемой самостоятельно.

Так, если в 2015 г. во всем мире насчитывалось свыше 47 млн. человек с деменцией, то, по оценкам ВОЗ, к 2030 г. число людей, живущих с деменцией, превысит 75 млн. человек, а к 2050 г. это число утроится. Прогнозы экспертов подтверждают, что около 10% ожидаемого роста медицинских расходов в течение следующих 20 лет будет приходиться на оказание помощи в связи только с одним этим состоянием. В наше время это одна из основных проблем общественного здравоохранения. Вопреки распространенному мнению, деменция не является естественным или неизбежным следствием старения.

Глобальная борьба с деменцией обозначена в документе ВОЗ «Призыв к действиям», принятом участниками конференции на уровне министров в марте 2015 г. Участниками конференции отмечена необходимость включения аспектов, связанных с профилактикой деменции, уходом и реабилитацией, в стратегию старения. Высказана необходимость углубления понимания деменции и повышения осведомленности общественности для обеспечения социальной интеграции людей, живущих с деменцией, и членов их семей. Кроме того, участники конференции призвали к укреплению многосекторальных действий и партнерств, а также к активизации коллективных усилий в области научно-исследовательской деятельности с целью ускорения принятия мер по борьбе с деменцией.

Следующим этапом ВОЗ планирует создать глобальную обсерваторию по деменции в целях углубления понимания деменции и мониторинга ее эпидемиологии, ответных мер политики, наличия ресурсов в разных странах и научно-исследовательской деятельности в целях распространения, пропаганды и содействия глобальным и национальным усилиям по снижению бремени, связанного с деменцией.

Проблема оказания помощи лицам старших возрастных групп с когнитивными расстройствами по своей сути является полипрофессиональной и мультисекторальной, поскольку ее решение возможно только при участии специалистов различных профессий, служб и ведомств. Причиной этого является многомерное воздействие биологических и социально-психологических факторов на ЦНС и личность пациента при формировании когнитивных расстройств. Поэтому полноценная помощь при когнитивных нарушениях ориентируется на усилия специалистов разных профилей, что позволяет решать весь спектр медицинских, социальных, психологических, правовых проблем, связанных с болезнью.

В связи с этим возникает потребность в координации поставщиков, медицинских, психологических, социальных, медико-санитарных и других услуг для оказания полноценной помощи пациентам с когнитивными нарушениями с максимальной ориентацией на усилия специалистов разных профилей, что позволит решать весь спектр медицинских, социальных, психологических, правовых проблем, связанных с болезнью.

Система оказания помощи пожилым людям начинает «включаться» с момента обращения за медицинской услугой; выявление целого ряда проблем со здоровьем зачастую обуславливает необходимость привлечения врачей разных профилей, а также участия специалистов социального сектора. Различная ведомственная принадлежность медицинских и социальных услуг и их недостаточное взаимодействие зачастую приводит к снижению качества медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста. Также следует отметить, что в настоящее время распространена «неформальная» помощь, оказываемая семьей, друзьями, знакомыми, волонтерами которая тоже требует как обучения навыкам ухода, так и определенного финансирования.

Поиски оптимальной модели сопровождения и оказания помощи стареющему населению ведутся во всех странах мира. В информационных источниках по данной теме предлагаются различные организационные, институциональные варианты решения этой проблемы, которую без системного подхода сложно решить. В настоящее время активно развиваются гериатрическая, социальная службы, совершенствуется первичная медико-санитарная помощь пожилым людям, рассматриваются различные способы медико-социального взаимодействия. Эти категории мер, безусловно, решают конкретные задачи.

Эффективное взаимодействие органов социального обслуживания и организаций здраво-

охранения, обеспечение социальной и бытовой активности лиц пожилого и старческого возраста являются актуальными задачами, решение которых имеет важное медицинское и социальное значение. Совершенствование медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста позволяет увеличить продолжительность активной жизни, сохранить способность к самообслуживанию, обеспечивает доступность квалифицированной первичной медицинской помощи, высокотехнологичной специализированной помощи лицам пожилого и старческого возраста, совершенствует систему финансовых инструментов, лекарственного обеспечения, оснащения медицинским оборудованием медицинских организаций, в том числе и специализированные стационарные гериатрические медицинские организации и отделения, развивает стационарозамещающие технологии и систему надомного ухода.

Для обеспечения достойной старости, заботы и ухода за стареющим населением необходимы системные изменения и новые комплексные подходы в отношении старшей возрастной группы; без совместного решения вопросов обеспечение здоровья и благополучия пожилых людей в динамически меняющемся мире не представляется возможным. Безусловно, пожилые люди — это не только люди, страдающие различными заболева-

ниями, дряхлые и беспомощные. Это личности с богатым жизненным опытом, имеющие свои потребности и предпочтения, повседневно живущие в обществе, в кругу семьи, участвующие в принятии решений и требующие соблюдения их достоинства и автономности.

Следовательно, исключительно важное значение имеет интеграция между первичной медико-санитарной помощью и другими уровнями, и учреждениями по оказанию помощи пожилым на основе подхода, ориентированного на пожилых людей, удовлетворение их потребностей, социальное сопровождение, содействие их самопомощи и старению на месте.

Разрабатываемая модель направлена на решение вопросов межведомственного взаимодействия при реализации мероприятий медицинского, социального, психологического и других направлений работы с населением с целью создания условий, обеспечивающих здоровые процессы старения, на максимально раннее начало профилактических мероприятий с группой риска по когнитивным расстройствам и своевременное оказание помощи населению старших возрастных групп с выявленными нарушениями. Такой мультидисциплинарный подход обеспечит эффективность и качество помощи данной категории граждан и членам их семей.

### Литература

1. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. № 164-р «СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ В ИНТЕРЕСАХ ГРАЖДАН СТАРШЕГО ПОКОЛЕНИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ДО 2025 ГОДА».
2. Ссылка доступна по [www.rosminzdrav.ru](http://www.rosminzdrav.ru) Активна на 28.03.2018.
3. Ссылка доступна по <http://www.gks.ru/> Активна на 28.03.2018.
4. Ссылка доступна по <http://sverdl.gks.ru> Активна на 28.03.2018.
5. Ссылка доступна по <http://www.demoscope.ru> Активна на 28.03.2018.
6. Ссылка доступна по <http://www.who.int/ru> Активна на 28.03.2018.
7. Anderson G. et al., Hussey P. Comparing health system performance in OECD countries. — Health Affairs, 2001. — Vol. 20. — 219—232.

Адрес для переписки: [galiulina\\_ov@usma.ru](mailto:galiulina_ov@usma.ru), [sidenkovs@mail.ru](mailto:sidenkovs@mail.ru), [dhona@mail.ru](mailto:dhona@mail.ru)