

В. И. Жарко // Вопросы организации и информатизации здравоохранения. – 2015. – № 1. – С. 4–16.

3. Инструкция по применению «Метод диагностики подверженности рискованному половому поведению и выявления групп риска ИППП», утв. 11.04.2008 г., рег. № 035-0607. – МЗ РБ, 2008 г. – 9 с.

4. Инструкция по применению «Методика оценки риска здоровью населения факторов среды обитания», утв. 08.06.2012г., рег. № 025-1211. – МЗ РБ, 2012 г. – 30 с.

5. Мархоцкий, Я. Л. Валеология: учеб. пособие / Я. Л. Мархоцкий. – 2-е изд. – Минск: Выш. шк., 2010. – С. 209–220.

6. Навроцкий, А. Л. Ведение пациентов с инфекциями, передаваемыми половым путем (организация работы с группами риска, профилактика, консультирование, диагностика и лечение) / А. Л. Навроцкий. – Минск, 2009. – 140 с.

УДК 61.614.39; 796.015

**МЕДИКО-ПЕДАГОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ
ПРЕВЕНТИВНОЙ ГЕРИАТРИИ И СРЕДСТВА
ПОДДЕРЖАНИЯ КАЧЕСТВА
ЖИЗНИ ЛЮДЕЙ СТАРШЕГО ВОЗРАСТА**

Черкашин Д.В.¹, Антипова Е.В.², Антипов В.А.³

¹Военно-медицинская академия имени С.М. Кирова

²Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт физической культуры

³Санкт-Петербургский университет МВД России, г. Санкт-Петербург, Российская Федерация

**MEDICO-PEDAGOGICAL ASPECTS OF PREVENTIVE
GERIATRICS AND THE MEANS OF MAINTAINING
THE QUALITY OF LIFE OF OLDER PEOPLE**

Cherkashin D.V.¹, Antipova E.V.², Antipov V.A.³

¹Military Medical Academy named after S.M. Kirov

²Saint-Petersburg Research Institute of Physical Culture

Реферат. Устойчивая тенденция старения населения промышленных стран является одним из основных вызовов современности: по прогнозам, лица в возрасте 65 лет и старше в ближайшие годы будут составлять 20% населения. Исследование направлено на поиск форм, средств и методов предупреждения раннего развития различных патологий и поддержания качества жизни человека в процессе его инволютивных изменений. В работе определены социальная значимость гериатрического направления в медицине и физической культуре, место адаптивной физической культуры в превентивной гериатрии. Выявлены социальные, экономические, медицинские, педагогические и этические проблемы в области поддержания качества жизни населения пожилого и старческого возраста.

Ключевые слова: гериатрия, инволютивные изменения, качество жизни, адаптивная физическая культура.

Abstract. A steady trend of ageing of population in industrial countries is one of the major challenges of our time: projected persons aged 65 and over in the coming years will be 20% of the population. The study aimed at finding the forms, means and methods of prevention of early development of various pathologies, and maintaining the quality of human life in its involutive changes. The study also identified the social importance of geriatric medicine and physical culture, the place adaptive physical education in preventive geriatrics. Identified social, economic, medical, pedagogical and ethical issues in maintaining the quality of life of elderly and senile age.

Key words: geriatrics, involutive changes, quality of life, adaptive physical education.

Введение. Процесс старения населения – это возрастание доли старшей возрастной группы, обусловленное снижением суммарного коэффициента рождаемости и ростом продолжительности жизни.

Доля населения мира в возрасте 60 лет и старше в 2015 году составляла 12,3%. По прогнозным данным ООН, старшая возрастная категория к 2025 году увеличится по отношению к 2015 году на 2,6%, а к 2050 году практически каждый пятый человек

на Земле будет в возрасте от 60 лет и старше. В Европе доля населения старшего возраста по отношению к 2015 году увеличится более значительно: на с 4,5% к 2025 году и на 10,7% – к 2050 году. Таким образом, к 2050 году в Европе более трети населения будет в возрастной категории 60 лет и старше. В Российской Федерации уже каждый пятый житель имеет возраст 60 лет и старше, и к 2050 году увеличение этой возрастной категории произойдет на 8,8% (таблица 1).

Таблица 1 – Доля населения мира в возрасте 60 лет и старше, прогнозируемая ООН на 2025-2050 годы

Доля населения в возрасте 60 лет и старше, %	Годы			
	1950	2015	2025	2050
Земной шар	8,0	12,3	14,9	21,5
Европа	13,7	23,5	28,0	34,2
Российская Федерация	9,2	20,0	23,9	28,8

Демографическая проблема в России стоит особенно остро. Согласно данным официальной статистики, на 1 января 2015 года численность трудоспособного населения страны (женщин в возрасте 16-54 лет, мужчин в возрасте 16-59 лет) по отношению к 2011 году сократилась на 3,1%, а к 2007 году на 5%; доля населения старше трудоспособного возраста за 15 лет увеличилась на 3,3% (таблица 2). Причем доля людей старше трудоспособного возраста в общей численности населения на начало 2015 года составила 24%, а людей трудоспособного возраста – 58,4%. Доля населения младше трудоспособного возраста (будущий человеческий капитал) за 15 лет сократилась на 2,4%. В общей численности лиц старше трудоспособного возраста 23,5% – инвалиды [16]. По прогнозам ООН, доля лиц старше 60 лет за столетие (к 2050 году) в мире увеличится в 2,7, в Европе – в 2,5 и в России – в 3,1 раза [6].

По данным Федеральной службы государственной статистики, доля граждан старше трудоспособного возраста (55 лет – женщины и 60 лет – мужчины) в Российской Федерации по среднему варианту прогноза с 2016 года по 2025 год возрастет на 2,4%, что составит 27% или 39,9 млн. чел. от общей численности населения страны.

В Российской Федерации в области старения населения наблюдаются отчетливые тенденции увеличения численности граждан старше трудоспособного возраста, их удельного веса в

населении страны (таблица 3): на начало 2015 года каждый четвертый человек находился в возрасте старше трудоспособного, в то время как в 2002 году это был каждый пятый.

Таблица 2 – Характеристики изменения доли численности в возрастных категориях населения России в 2000- 2015 гг.

Возрастные группы населения	Доля численности населения по возрастным группам по состоянию на 1 января указанного года, %					
	2000	2002	2007	2011	2015*	Прибыль убыль населения за 15 лет
Младше трудоспособного возраста (0-15 лет)	20,0	18,7	16,0	16,2	17,6	-2,4
Трудоспособный возраст (16-54/59 лет)	59,3	60,8	63,4	61,5	58,4	-0,9
Старше трудоспособного возраста (55/60 лет и старше)	20,7	20,5	20,6	22,3	24,0	+3,3

Примечание: * численность постоянного населения на 1 января 2015 года учитывает оценку численности населения Республики Крым и г. Севастополя, произведенную с учетом итогов переписи населения в Крымском федеральном округе 2014 года, а также естественного движения и миграции населения.

Сохраняется гендерная диспропорция в населении старше трудоспособного возраста, с преобладанием численности женщин в 1,85 раза. Возрастает средняя продолжительность жизни, которая в 2015 году по отношению к 2002 году увеличилась на 6,13 лет. Отмечается тенденция более высокой продолжительности жизни у женщин по отношению к мужчинам, хотя по сравнению с 2002 годом эта диспропорция уменьшилась почти на 3 года и к 2015 году составила 11,18 лет. Средняя продолжительность жизни женщин за этот период возросла на 4,47 года, а мужчин – на 7,29 лет. Средняя продолжительность жизни в России в 2015 году у женщин составляла 76,47 лет, а у мужчин – 65,29 лет [15, с. 5]. Вместе с тем, по данным ВОЗ, начиная с 2013 года глобальная прогнозируемая продолжительность жизни человека в возрасте 60 лет составляет 20 лет [2, с. 11].

Сохраняется гендерная диспропорция в населении старше трудоспособного возраста, с преобладанием численности женщин в 1,85 раза. Возрастает средняя продолжительность жизни, которая в 2015 году по отношению к 2002 году увеличилась на 6,13 лет. Отмечается тенденция более высокой продолжительности

сти жизни у женщин по отношению к мужчинам, хотя по сравнению с 2002 годом эта диспропорция уменьшилась почти на 3 года и к 2015 году составила 11,18 лет. Средняя продолжительность жизни женщин за этот период возросла на 4,47 года, а мужчин – на 7,29 лет. Средняя продолжительность жизни в России в 2015 году у женщин составляла 76,47 лет, а у мужчин – 65,29 лет [15, с. 5]. Вместе с тем, по данным ВОЗ, начиная с 2013 года глобальная прогнозируемая продолжительность жизни человека в возрасте 60 лет составляет 20 лет [2, с. 11].

Таблица 3 – Тенденции в области старения населения в Российской Федерации

Тенденции старения населения России	Годы		
	2002	2007	2014 – начало 2015
Увеличение численности граждан в возрасте старше трудоспособного возраста (55 лет и старше – женщины и, 60 лет и старше – мужчины), млн. чел.	29,8	29,7	35,2
Увеличение удельного веса граждан старше трудоспособного возраста в населении страны, %	20,5	20,6	24,0
сохранение гендерной диспропорции в населении старше трудоспособного возраста, чел.			на 1000 мужчин 1854 женщины
Рост продолжительности жизни населения, лет	64,8	67,61	70,93
Сохранение более высокой продолжительности жизни у женщин, лет	72,0 – ж 58,0 – м	74,02 - ж; 61,46 - м	76,47 – ж; 65,29 - м
Удельный вес граждан в возрасте 65 лет и старше в населении страны, %			13,5

Устойчивый рост численности пожилого населения, то есть населения старше трудоспособного возраста, опередил рост общей численности населения России в 2006-2015 годах на 18%. Если общая численность населения России за указанный период возросла на 2%, то пожилое население увеличилось на 20%. В результате этого удельный вес лиц в возрасте старше нетрудоспособного населения также имел тенденцию к повышению, что, в

свою очередь, повлекло за собой повышение демографической нагрузки на трудоспособное население: в частности, если в 2006 году на 1000 тыс. трудоспособного населения приходилось 326,2 человека старше трудоспособного возраста, то в 2015 году этот показатель уже составил 411,7 человека или на 26,2% выше [12, с. 5].

Таким образом, в современном мире быстро увеличивается численность лиц пожилого и старческого возраста, а рождаемость снижается.

По шкале демографического старения ООН уровень старости населения определяется в соответствии с удельным весом лиц в возрасте от 65 лет и старше: менее 4% – молодое население, от 4 до 7% – население на пороге старости, более 7% – старое население [5].

Старение населения – это вызов времени для стран Европы и России. Ранее прогнозировалось, что уже к 2015 году лица в возрасте 65 лет и старше в промышленно развитых странах будут составлять до 20% населения. В России на начало 2015 года показатель демографического старения населения составлял 13,5%.

Отмечается рост числа болезней и частота обращения за медицинской помощью старшей возрастной категории людей, с одновременным ухудшением качества жизни (далее – КЖ) [1, с. 26-27]. В частности, наблюдается рост неинфекционных заболеваний, важнейшими из которых являются заболевания системы кровообращения (далее – БСК) с развитием основных сердечно-сосудистых осложнений (далее – ССО) – инфарктов миокарда и инсультов, определяющих высокую смертность населения. Более 50% лиц старшего возраста имеют от 1 до 3 факторов риска артериальной гипертензии (далее – АГ) и ишемической болезни сердца (далее – ИБС). АГ страдают до 2/3 людей старше 60 лет. Хроническая сердечная недостаточность (далее – ХСН) в наибольшей степени выявляется в старших возрастных группах. Риск развития ХСН, согласно результатам Фремингемского исследования, в старшем возрасте составляет 20,2% у мужчин и 19,3% – у женщин. Среди умерших от ИБС 70-80% – это люди старше 65 лет [8].

АГ является наиболее распространенным заболеванием системы кровообращения и важнейшим фактором риска развития основных ССО, таких как инфаркт миокарда и острое нарушение мозгового кровообращения, которые определяют высокую

смертность населения. В Европе БСК служат основной причиной смерти, унося более чем 4,3 млн. человек ежегодно [15, с. 1350]. Вместе с тем, АГ в масштабе популяции не имеет должного контроля, который даже в странах с высоким уровнем здравоохранения не превышает 25-30% [9].

Для пожилого населения России характерны:

- повышенный уровень общей заболеваемости, превышающий на период 2013 года в 1,3 раза аналогичный показатель по населению страны в целом;

- наличие хронических заболеваний, при которых потребность в медицинской помощи в 1,6 раза выше, чем у населения в возрасте от 15 лет и старше;

- недоступность своевременного прохождения обследования и курса лечения в медицинских учреждениях, которая обусловлена ожиданием очереди, отсутствием возможности на предлагаемое платное лечение и средств на приобретение лекарственных средств;

- наличие факторов, сдерживающих обращение за медицинской помощью: самостоятельное лечение, неудовлетворенность качеством медицинских услуг и недоверие к лечебным учреждениям, отсутствие информации о медицинской помощи, невозможность самостоятельно добраться до медицинского учреждения и т.д. [12, с. 10].

Возникает проблемная ситуация между ростом заболеваемости населения старшего возраста и потребностью в поддержании его качества жизни.

Цель исследования: поиск форм, средств и методов предупреждения раннего развития, прогрессирования различных патологий и функциональной недостаточности организма в целях поддержания КЖ человека в процессе его инволютивных изменений.

Материал и методы исследования. Основной метод исследования – социологический опрос, который проводился как пилотный по международной анкете в рамках проекта по гериатрии.

Анкетированы лица в возрасте старше 60 лет, проживавшие в г. Санкт-Петербург: всего – 120 человек, в том числе 70 женщин и 50 мужчин; средний возраст – 63,0 г.

В опросе также приняли участие студенты I-IV курсов Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова, г. Санкт-Петербург. Общая численность респондентов – 102 чел., в том числе 69 девушек и 33 юношей; средний возраст – 21 год; 75,5% студентов – жители больших городов с населением более 200 тыс.

Участникам опроса предлагалось ответить на 13 вопросов основной части анкеты, в числе которых оценка существующей системы гериатрической помощи. Дополнительно к международной анкете для студентов-медиков нами было включено два вопроса по физической активности для старшего поколения.

Результаты исследования и их обсуждение. В научной литературе отмечается, что старение человека происходит по физиологическому типу только в 2% случаев, в остальных 98% оно представляет собой ускоренный патологический процесс, т.е. преждевременное старение. Процесс старения человека и тенденция старения населения в целом обуславливают проблему поиска путей предупреждения раннего развития, прогрессирования различных патологий и функциональной недостаточности в целях поддержания КЖ человека в процессе инволютивных изменений организма [3, с. 55].

В последние десятилетия в медицинской науке и практике появились новые междисциплинарные направления: антивозрастная медицина и превентивная гериатрия. С годами эти направления, дополняющие друг друга, слились в одно, и термин «антивозрастная медицина» практически стал синонимом понятия «профилактическая или превентивная гериатрия». При этом антивозрастная медицина призвана решать возрастные соматические и эстетические проблемы, а превентивная гериатрия – медико-социальные. В превентивной гериатрии выделяют 4 раздела: общие вопросы; раннюю диагностику возрастных факторов риска развития и прогрессирования заболеваний; индивидуальную профилактику гериатрических синдромов и оценку эффективности индивидуальных превентивных программ. Индивидуализированная оценка факторов риска и прогрессирования заболеваний проводится по общепринятым в клинической практике методам [13, с. 29].

Целью профилактической гериатрии является предупреждение раннего развития и прогрессирования различных патологий у

людей старше трудоспособного возраста и поддержания КЖ человека в процессе инволютивных изменений организма [11, с. 4]. В данном случае превентивная гериатрия сливается с еще одним междисциплинарным медико-педагогическим направлением – адаптивной физической культурой (далее – АФК). Если средствами медицинской реабилитации служат медикаментозная терапия и психотерапия, различные процедуры: физиотерапия, массаж и пр., то средствами АФК являются физические упражнения, адаптивный спорт, закаливание, естественные природные факторы (солнце, воздух и вода). Кроме того, АФК несет в себе социально-педагогические функции, а превентивная гериатрия – только просветительские. Педагогическое воздействие АФК заключается в формировании ключевых образовательных компетенций по здоровому образу жизни (далее – ЗОЖ) и режимам физической активности в старшем возрасте, приобретении устойчивых ценностных ориентаций к адаптивной физической культуре и адаптивному спорту, вовлечении в систематические занятия физическими упражнениями и спортом людей старше трудоспособного возраста.

Глобальной проблемой в превентивной гериатрии является низкая физическая активность людей пожилого и старческого возраста (таблица 4). Например, в Санкт-Петербурге в возрастной категории населения «60 лет и старше» в систематические занятия физическими упражнениями и спортом в 2013 году было вовлечено лишь 3,9% от общей численности занимающихся, а по России этот показатель составил всего 1,8% [4, с. 30; 7, с. 125].

Между тем, клинически доказано, что основными факторами риска развития хронических неинфекционных заболеваний (АГ, инсультов, инфарктов, сахарного диабета и др.) являются вредные привычки (курение, употребление спиртных напитков), нерациональное питание и гиподинамия. Снижает риск развития ИБС, инсультов, АГ, сахарного диабета II типа и депрессии умеренная аэробная физическая активность, составляющая не менее 150 мин. в неделю [10, с. 7; 75].

Таблица 4 - Численность систематически занимающихся физической культурой и спортом в России и Санкт-Петербурге (в 2013 г.)

№ п/п	Возрастная категория, лет	Доля в общей численности занимающихся ФК и спортом, %	
		по России	по Санкт-Петербургу
1	0–14	38,0	29,0
2	15–30	41,1	45,9
3	31–59	19,1	21,2
4	60 и старше	1,8	3,9

Актуальность проблемы возрастает еще и в связи с тем, что социальные факторы обуславливают повышение пенсионного возраста, что требует, в свою очередь, решения проблем сокращения доли лиц с преждевременным старением в старшей возрастной категории и продления срока их профессиональной трудоспособности.

Проведенный пилотный социологический опрос в рамках международного проекта по гериатрии показал, что 20,6% людей в возрасте 60 лет и старше имели или имеют вредные привычки. Так, курили в общей сложности 29,4% опрошенных, из которых 20,6% на момент опроса курить бросили. О том, что пассивное курение вредно для некурящих знают 94,1% респондентов. Большинству респондентов известно, что курение вызывает болезни: 94,1% указали рак легких, 82,2% – ИБС, 79,4% – инсульты, астму, эмфизему легких и 76,5% – туберкулез.

Никогда не употребляли алкоголь 20,6% опрошенных, то есть каждый пятый; 8,8% к моменту опроса выпивать бросили; 32,4% употребляет спиртные напитки не чаще 1 раза в месяц; делают это редко 29,4% респондентов и 5,9% – ежедневно. Причем 35,3% предпочитают сухие вина, 29,3% – крепкие напитки и 17,6% – игристые вина; 44,1% из числа респондентов употребляют менее 0,2 л алкоголя в неделю.

Физическую активность поддерживают 90,9% мужчин в возрасте 60 лет и старше, в том числе 45,4% респондентов занимаются физическими упражнениями самостоятельно, 34,4% – трудятся на дачном участке, 27,3% – совершают пешие прогулки и 18,2% – делают утреннюю зарядку.

Среди женщин в возрасте 60 лет и старше физической активности уделяют внимание на 8,3% респондентов меньше, чем мужчины старшей возрастной категории, в том числе в два раза

меньше женщин делают утреннюю зарядку, в 1,3 раза меньше самостоятельно занимаются физическими упражнениями, но в 1,3 раза больше женщин отдают предпочтение пешим прогулкам. Необходимо также отметить, что работа на дачном участке является сезонной физической нагрузкой. Уровень физической активности в этом случае зависит от времени года, и вне дачного сезона 52,9% людей в возрасте 60 лет и старше уделяют физической активности должное внимание. Обращает на себя внимание и тот факт, что в числе респондентов не оказалось людей, посещающих организованные занятия физическими упражнениями (таблица 5). Вместе с тем, опрос показал, что методами самоконтроля владеют лишь 61,8% респондентов. Почти каждый пятый опрошенный (17,6%) не контролирует свое давление и частоту сердечных сокращений; 32,4% респондентов делают это редко.

О низком уровне вовлеченности населения старшего возраста в занятия физическими упражнениями по отношению к другим возрастным категориям уже говорилось выше. Показатель вовлеченности россиян в возрасте 60 лет и старше в физическую активность составляет 3% от общей численности данной категории населения [14, с. 45].

Результаты исследования показали, что 14,7% будущих врачей не считает дискриминацию пожилых людей в медицинском секторе социальной проблемой.

Таблица 5 – Фактическая физическая активность лиц старше трудоспособного возраста (в 2016 г., n=34 чел.) *

Формы физической активности	Доля занимающихся лиц в возрасте 60 лет и старше (в %)	в том числе среди мужчин	в том числе среди женщин
Утренняя зарядка	11,8	18,2	8,7
Организованные занятия (группы здоровья, АФК и пр.)	нет	нет	нет
Пешие прогулки	32,4	27,3	34,8
самостоятельные занятия физическими упражнениями	38,2	45,4	34,8
Работа на дачном участке	32,4	34,4	30,4
Не занимаются никакими формами физической активности	14,7	9,1	17,4

*Примечание: (по данным социологического опроса, проведенного в Санкт-Петербурге в рамках международного проекта по гериатрии)

Уровень гериатрической помощи в целом положительным считают 42,2% студентов, причем хорошим его отметили только 20,6%. При этом 51,0% респондентов положительно оценил систему врачебной помощи пожилым людям. Будущие врачи положительно оценили гериатрическую помощь со стороны специалистов: врачей – 76,4%, врачей-реабилитологов – 72,5 %, социальных работников – 71,5% и медицинских сестер – 66,6% (таблица 6).

Таблица 6 – Субъективная оценка студентов-медиков об уровне гериатрической помощи

Вопросы	Количество ответов, %						
	очень хорошо	хорошо	скорее хорошо	скорее плохо	плохо	очень плохо	не знаю
Общая оценка гериатрической помощи пожилым	1,0	20,6	20,6	40,2	9,8	2,9	4,9
Оценка системы врачебной помощи пожилым людям	2,0	18,6	30,4	19,6	6,9	4,9	16,7
Роль специалистов в гериатрической помощи:							
- врач	8,8	39,2	28,4	15,7	-	3,0	4,9
- медсестра	7,8	24,5	34,3	20,6	3,0	4,9	4,9
-врач-реабилитолог	13,7	28,4	30,4	6,9	2,0	2,0	16,6
- социальный работник	13,7	25,5	32,3	10,8	3,0	1,0	13,7

В числе трудностей, которые существуют в стране по обеспечению гериатрической помощи, студенты назвали низкий уровень финансирования направления (72,5%), малую заинтересованность медиков в получении специализации по гериатрии (58,8%) и, как следствие этого, – недостаточное число специалистов в этой области (43,1%), недостаток коек в гериатрических отделениях больниц (34,3%) и самих специализированных отделений (33,3%). Стигматизацию специалистов по гериатрии со

стороны медицинских работников других специальностей отметил практически каждый десятый респондент (9,8%).

Аналогичные вопросы по факторам, оказывающим влияние на обеспечение гериатрической помощи, были заданы респондентам старшей возрастной категории, которые в числе основных факторов также назвали низкое финансирование (52,9%), недостаток специалистов по гериатрии (26,5%), малую заинтересованность медицинских работников в гериатрическом направлении (14,7%); 5,9% респондентов указали на недостаток коек в медицинских учреждениях (таблица 7).

Таблица 7 – Факторы, оказывающие влияние на обеспечение гериатрической помощи

Социально-экономические факторы, оказывающие влияние на качество гериатрической помощи	Ответы респондентов, %	
	Студенты-медики, n=102 чел.	Респонденты в возрасте 60 лет и старше, n=34 чел.
Низкое финансирование	72,5	52,9
Малая заинтересованность медицинских работников в гериатрии	58,8	14,7
Недостаток специалистов по гериатрии	43,1	26,5
Недостаток коек в медицинских учреждениях	34,3	5,9
Недостаток специализированных отделений по гериатрии	33,3	11,8
Стигматизация (принижение роли специалистов по гериатрии)	9,8	-
Другое	-	11,8

Подавляющее большинство респондентов (92,2%) считают, что систематические занятия физическими упражнениями и адаптивным спортом позволят повысить КЖ пожилых людей и снизить риск развития БСК и других неинфекционных заболеваний. На второй вопрос, по поводу того, где должны проводиться физкультурно-оздоровительные занятия с пожилыми людьми, допускалось два варианта ответа. За проведения занятий физическими упражнениями с лицами старшего возраста в спортивных клубах высказалось 66,7% опрошенных; 38,2% студентов-медиков считают, что профилактическая (физкультурно-оздоровительная) работа должна проводиться в поликлиниках.

В 2016 году Правительством России утверждена Стратегия в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года (далее – Стратегия). Одним из ключевых моментов документа является постановка задач привлечения внимания гражданского общества к решению проблем людей старшего поколения, содействия созданию дружественной инфраструктуры и психологической атмосферы для лиц старше трудоспособного возраста. И это не случайно. Проведенный нами социологический опрос показал, что 14,7% респондентов чувствовали себя обиженными из-за дискриминации по возрасту, посещая медицинские учреждения. При этом 85,3% пациентов никогда не были свидетелями подобных инцидентов. Свидетелями нанесения обиды пациенту по возрастному признаку были 19,6% студентов-медиков. Только 47,1% пациентов, посещая поликлинику для выписки рецепта, были врачом осмотрены. Дискриминацию людей по возрасту считают социальной проблемой 64,7% респондентов среди лиц старше 60 лет и 85,3% опрошенных студентов-медиков. Не довольны оказанием гериатрической помощи 55,6% людей старшего возраста. Неудовлетворительно оценивают медицинское обслуживание старшей возрастной категории и более половины опрошенных студентов-медиков (52,9%).

В Стратегии отмечается, что около 80% населения старшего поколения страдают множественной хронической патологией, а затраты на оказание медицинской помощи людям старше 70 лет в 7 раз превышают стоимость лечения людей в возрасте 16-64 лет. В документе говорится о необходимости развития профилактической работы по укреплению здоровья лиц старше трудоспособного возраста и поддержанию КЖ человека в процессе его инволютивных изменений. Стратегия предусматривает целый комплекс мер, направленных на организацию физкультурно-спортивной, реабилитационной и профилактической работы с людьми старшего возраста, организацию их здорового досуга [15, с. 8-16]. По данным социологического опроса, только 38,2% респондентов не принимали лекарства; 47,6% пациентов ежедневно нуждаются в приеме 2-3 лекарственных препаратов, 19,1% опрошенных – 4-5 лекарств, а 9,5% людей старшего возраста – по 8-9.

Таким образом, анализ литературных источников и официальных документов в совокупности с результатами проведенного пилотного опроса позволяют говорить о том, что профилактические

ская работа с лицами старше трудоспособного возраста нуждается в оптимизации. В организационном плане ее логичнее всего проводить по месту жительства населения, в шаговой доступности, что, кстати, соответствует поручению Президента России. Поскольку в реализации превентивной гериатрии участие принимают и медицинские учреждения, и учреждения физической культуры и спорта, то нами предлагается создание районных и муниципальных (в зависимости от принадлежности спортивных сооружений и источника финансирования) медико-консультационных центров – клиник ЗОЖ с отделениями превентивной гериатрии. В настоящее время на практике существует система гериатрической помощи и слабо поставленная физкультурно-оздоровительная работа с населением старшего возраста, но пока это два параллельных направления. Создание клиник ЗОЖ может идти по образу развития сети юридических клиник – негосударственной системы бесплатной для населения юридической помощи. Термин «юридическая клиника» впервые был употреблен в 1855 году Д.И. Мейером в статье «О значении практики в системе юридического образования» и означал «применение знания к делу». В зарубежной литературе впервые отмечен в 1900 году. Современные юридические клиники решают не только задачи оказания качественной юридической помощи населению, особенно малообеспеченным гражданам, но и создают возможность подготовки квалифицированных специалистов в области юриспруденции, приобретение будущими специалистами практического опыта и профессиональных навыков [17].

Клиники ЗОЖ «60+» могут быть как самостоятельными некоммерческими организациями, так и входить в структуру медицинских и физкультурно-оздоровительных учреждений. Кадры клиники формируются из числа студентов и преподавателей вузов, медицинских работников и сотрудников профильных НИИ. Причем, каждая клиника ЗОЖ должна иметь специалистов и в области физической культуры, и в области медицины, что следует из основных функций, возлагаемых на клиники ЗОЖ. Студенты физкультурных вузов, работающие в клиниках, одновременно проходят организационно-педагогическую практику, студенты медицинских вузов – врачебную производственную практику.

Основные функции отделений превентивной гериатрии клиник ЗОЖ:

- ранняя диагностика возрастных факторов риска развития и прогрессирования заболеваний;
- оказание медико-педагогической консультативной помощи лицам старше трудоспособного возраста в области занятий физическими упражнениями и спортом;
- обучение самоконтролю при выполнении физических нагрузок;
- индивидуальная профилактика гериатрических синдромов, профилактика модифицируемых факторов риска здоровья (вредных привычек: табакокурения, употребления спиртных напитков и др.);
- первичная профилактика возрастных патологий средствами адаптивной физической культуры и вторичная профилактика имеющихся возрастных патологий средствами физической реабилитации;
- психологическая помощь на основе ментального тренинга;
- медицинское и методическое сопровождение подготовки к участию в тестовых испытаниях комплекса ГТО;
- оценка эффективности профилактических программ;
- создание экспертных систем (базы данных и базы знаний) по здоровому образу жизни, профилактике вредных привычек, двигательной активности, выполнению нормативов физкультурно-спортивного комплекса ГТО среди населения старше трудоспособного возраста;
- проведение обучающих семинаров, курсов, мастер-классов, лекций для студентов и преподавателей, занятых в системе клиник ЗОЖ «60+»;
- организация здорового досуга для лиц старшего возраста: проведение спортивных праздников и соревнований среди ветеранов спорта, организация посещения спортивных мероприятий, проведения встреч со спортсменами.

Таким образом, проведенные нами следования позволили определить социальную значимость гериатрического направления в медицине и физической культуре, место АФК в превентивной гериатрии. Социологические опросы в рамках настоящего исследования по анкетам международного проекта по гериатрии среди студентов медицинского вуза и лиц старшего возраста выявили социальные, экономические, медицинские, педагогические

и этические проблемы в области поддержания КЖ населения пожилого и старческого возраста. На основе полученных данных разрабатывается система превентивной гериатрии по месту жительства населения на основе профилактики раннего развития патологий и физической реабилитации лиц старшего возраста с использованием средств адаптивной физической культуры.

Проблема поддержания КЖ лиц старшего возраста является в первую очередь медико-педагогической, поскольку ее решение требует сочетания средств медицины, АФК и пропаганды ЗОЖ для соответствующей возрастной категории людей. На основе полученных данных опросов, анализа и обзора научной литературы ведется разработка системы гериатрической помощи по месту жительства населения и адресных реабилитационно-профилактических программ.

Выводы.

1. Целью гериатрической помощи пожилым является предупреждение раннего развития и прогрессирования различных патологий и поддержания КЖ человека в процессе инволютивных изменений организма.

2. Основными социальными факторами развития системы качественной гериатрической помощи являются: изменение отношения общества и конкретно медицинских работников к проблеме старения организма, повышение роли специалистов по гериатрии в медицине, подготовка высокопрофессиональных специалистов в области гериатрии.

3. Организация профилактической работы с пожилыми людьми по месту жительства представляет приоритетное направление в развитии гериатрии.

4. Физическая реабилитация является не менее важным направлением в развитии гериатрии, так как направлена на замедление патологического процесса и полное или частичное восстановление функциональной недостаточности в целях поддержания КЖ человека в процессе инволютивных изменений организма.

Литература

1. Анопченко, А. С. Влияние занятий лечебной физической культурой на показатели качества жизни лиц «третьего возраста» с

гипертонической болезнью / А. С. Анопченко, Н. В. Агранович, С. А. Кнышова // Клиническая геронтология. – 2015. Т. 21, № 9-10. – С. 26–27.

2. Глобальная стратегия и план действий по вопросам старения и здоровья. – Проект 1 // ВОЗ. – 2015. – 63 с. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://who.int/ageing/consultation/en>. – Дата обращения: 1.06.2016.

3. Горшунова, Н. К. Комплексная реабилитация в геронтологии и гериатрии / Н. К. Горшунова // Совр. наукоем. технол. – № 3. – 2004. – С. 55–58. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/kompleksnaya-reabilitatsiya-v-gerontologii-i-geriatrii>. – Дата обращения: 9.04.2016.

4. Государственная программа Санкт-Петербурга «Развитие физической культуры и спорта в Санкт-Петербурге на 2015-2020 годы»: Приложение к постановлению Правительства Санкт-Петербурга от 23.06.2014 № 498. – 167 с.

5. Демографическое старение населения. – [Электронный ресурс]. – URL: http://studopedia.ru/1_76288_demograficheskoe-starenie-naseleniya.html. – Дата обращения: 2.07.2016.

6. Демоскоп Weekly: Электронная версия бюллетеня «Население и общество». – 2008. – № 317–318. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.demoscope.ru/weekly/2008/0317/analit03.php>. – Дата обращения: 1.07.2016.

7. Доклад о развитии массового спорта и физического воспитания населения / Совет при Президенте Российской Федерации по развитию физической культуры и спорта. Рабочая группа. – 2014. – 182 с. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://fizvosp.ru/assets/media/4d/ca/1458.pdf>. – Дата обращения: 21.06.2016.

8. Кардиология / под ред. Ю. Н. Беленкова, Р. Г. Оганова - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. – 1232 с. – [Электронный ресурс] : URL: <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427675.html>. – Дата обращения: 10.07.2016.

9. Национальные рекомендации по диагностике и лечению артериальной гипертензии. – [Электронный ресурс]. – URL : <http://www.nedug.ru/lib/lit/therap/01oct/therap137/therap.htm>. – Дата обращения: 30.03.2016.

10. Оказание медицинской помощи взрослому населению по оптимизации физической активности: методические рекомендации /

О. В. Кривонос [и др.]. – М., 2012. – 33 с.

11. От геронтологии к медицине антистарения / А. А. Лебедев, [и др.] // Мед.-соц. эксперт. и реабил. - №2. – 2014. – С. 4–6. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://cyberleninka.ru/article/n/ot-gerontologii-k-meditsine-antistareniya>. – Дата обращения: 2.04.2016.

12. Пожилое население России: проблемы и перспективы / Аналитический центр при Правительстве Российской Федерации // Социальный бюллетень. – 2016. – 44 с. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://ac.gov.ru/files/publication/a/8485.pdf>. – Дата обращения 3.07.2016.

13. Превентивная гериатрия как новое направление клинической практики / А. В. Ильницкий [и др.] // Врач. – 2015. – № 6. – С. 29-31.

14. Стратегия действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года. – 44 с. // Распоряжение Правительства Российской Федерации от 5 февраля 2016 г. № 164-р. – [Электронный ресурс]. – URL: <http://www.rosmintrud.ru/docs/government/173>. – Дата обращения: 12.05.2016.

15. Фиксированная комбинация амлодипина и аторвастатина в лечении пациентов с артериальной гипертензией высокого риска / А. К. Стародубцев [и др.] // Рус. мед. журн. – 2014. - №18. – С. 1350. – [Электронный ресурс]. – URL: http://www.rmj.ru/articles_9610.htm. – Дата обращения: 18.10.2014).

16. Численность населения Российской Федерации по полу и возрасту на 1 января 2015 г. / Федеральная служба государственной статистики. – [Электронный ресурс]. – URL: http://www.gks.ru/bgd/regl/b15_111/Main.htm. – Дата обращения: 12.04.2016.

17. Юридическая клиника: Материал из Википедии – свободной энциклопедии. – [Электронный ресурс]. – URL: https://ru.wikipedia.org/wiki/%DE%F0%E8%E4%E8%F7%E5%F1%EAE0%FF_%EA%EB%E8%ED%E8%EA%E0. – Дата обращения: 2.11.2014.