

МЕЖДУНАРОДНЫЙ ОПЫТ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛЫМ ЛЮДЯМ

* А.С. Сакибаева, А.Т. Маншарипова, З.Н. Лигай

НУО «Казакстанско-Росийский медицинский университет», Казакстан, Алматы

Аннотация

Одним из основных проблем в области демографии является процесс старения населения. В Казахстане данный вопрос пока является новым и требует отражения в государственных документах и правовых актах. Процесс старения можно профилировать и замедлить естественным путем. С этой целью нужно уделить особое внимание технологии гериатрической помощи в Республике Казахстан, странах СНГ и выделить отдельного врача - геронтолога для лиц пожилого возраста. Во многих странах СНГ вопрос старения населения - требует внимания в то время, как в других «молодых» странах, время помогает решать данную проблему своевременно. Решение вопроса старения населения были предложены ООН и рядом других международных организаций. В связи с этим многие страны предпринимают действия, направленные на внедрение или улучшение системы долговременной помощи.

Ключевые слова: старение, демография, медико-социальная помощь, пожилые люди, гериатрия.

В 2015 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала первый Всемирный доклад о старении и здоровье [1]. Вслед за этим в 2016 году Всемирная ассамблея здравоохранения приняла Глобальную стратегию и план действий по старению и здоровью [2], которые дают четкий мандат для действий во всех секторах здравоохранения и социального обеспечения. Оба документа отражают новую концептуальную модель здорового старения, которая строится на функциональной способности пожилых людей заниматься тем, что им дорого, а не на отсутствии болезней. В то же время в рамках Организации Объединенных Наций государства-члены приняли Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 года [3], взяв на себя обязательство, что никто не останется позади и что каждый человек будет иметь равные возможности для достойной реализации своего потенциала.

Для этого одним из вариантов моделей здравоохранения было принятие долгосрочного ухода в сочетании с первичной медико-санитарной помощью (ПМСП) и основанного на целостном и всестороннем взгляде на пожилых людей, их ресурсы и предрасполагающие состояния здоровья, процесс и болезнь [4].

По данным ООН, к 2050 году в мире ожидается увеличение численности людей пожилого и старческого возраста по сравнению с 2015 годом на 22% и составит более 2 млрд. человек [4].

Эти документы призывают к серьезным реформам систем здравоохранения и долгосрочного ухода, а также к фундаментальному изменению направленности клинической помощи пожилым людям. Вместо того чтобы пытаться справиться с целым рядом заболеваний и лечить отдельные симптомы разрозненно, во Всемирном докладе о старении и здоровье [1] предлагается уделять приоритетное внимание мероприятиям, оптимизирующим физические и умственные способности пожилых людей на протяжении всей их жизни. Это, в свою очередь, требует изменений в организации меди-

цинских и социальных услуг: должна быть обеспечена большая интеграция внутри системы здравоохранения и между медицинскими и социальными службами. В этой статье мы обсуждаем подход ВОЗ к интегрированной медицинской помощи пожилым людям. Однако интеграция систем здравоохранения и долгосрочного ухода выходит за его рамки.

С возрастом проблемы со здоровьем становятся все более хроническими и сложными, а мультиморбидность, то есть одновременное наличие нескольких хронических заболеваний, становится скорее нормой, чем исключением. Физические, сенсорные и когнитивные нарушения становятся более распространенными, и у пожилых людей могут развиваться сложные состояния здоровья, такие как хрупкость, недержание мочи и повышенный риск падения. Эти состояния здоровья не могут быть отнесены к отдельным категориям заболеваний. С возрастом также повышается риск наличия нескольких неинфекционных заболеваний, и, если не принять надлежащих мер по координации ухода, эти состояния могут привести к полифармации, госпитализации и смерти.

Обеспечение ухода за пожилыми людьми с многочисленными проблемами со здоровьем является соответственно сложной задачей. Уходом за одним человеком может заниматься множество медицинских работников, особенно в странах, где медицинские специалисты широко доступны. Тем не менее, во многих существующих системах здравоохранения вопросы здоровья решаются разрозненно и фрагментарно, а также отсутствует координация между поставщиками услуг и учреждениями, а также в сроках оказания помощи. В одном из опросов пожилых людей в 11 странах с высоким уровнем дохода до 41% сообщили о проблемах с координацией медицинской помощи за последние два года [5]. Такая фрагментация может привести к тому, что медицинская помощь не только не сможет адекватно удовлетворить потребности пожилых людей,

но и приведет к значительным расходам, которых можно избежать, как для пожилых людей, так и для системы здравоохранения [6].

Основной проблемой в большинстве систем здравоохранения остается недостаточно налаженное взаимодействие между службами, особенно между поставщиками услуг амбулаторной или первичной медико-санитарной помощи и стационарным звеном, а также между секторами здравоохранения и социального обеспечения [7]. Поэтому в последние годы многие европейские страны стремились создать нормативно-правовую основу для реагирования на хронические заболевания. Как правило, она имеет своей целью продвижение подходов, которые интегрируют разные виды ухода и улучшают координацию между секторами и уровнями оказания помощи. Так, например, в Германии в Законе о реформе здравоохранения 2000 г. были введены положения по развитию структур комплексного оказания помощи, создающих связи между амбулаторным и стационарным секторами [8]. В Австрии реформа здравоохранения в 2005 г. привела к созданию финансового резерва на уровне федеральных земель (резерва реформирования) для содействия координации и сотрудничеству между поставщиками амбулаторной и стационарной [9]. В Англии в Плане усовершенствования NHS 2004г. Оказание помощи при хронических заболеваниях заняло центральное место в текущих и последующих реформах, подчеркивая необходимость усиления интеграции между поставщиками услуг и секторами [10]. Недавние усилия по совершенствованию долгосрочной помощи в Венгрии и Литве также были сконцентрированы на этой цели [11; 12].

В большинстве стран другие усилия по реформированию были направлены на совершенствование координации помощи путем внедрения и дальнейшего развития стратегий с участием медицинских сестер. При этом масштабы этих усилий варьировали: в Англии и Нидерландах, к примеру, медсестры обязательно участвуют в оказании первичной медико-санитарной помощи [13; 14], а в Австрии, Германии и Франции медсестры активно задействованы в оказании некоторых определенных видов медицинской помощи [15-17].

Важно отметить, что большинство подходов по созданию интегрированной помощи всё же сосредоточено на моделях помощи группам населения с определенными заболеваниями и их сочетаниями, чаще всего это диабет 2-го типа, затем астма/ХОБЛ, сердечно-сосудистые заболевания (главным образом хроническая недостаточность, ишемическая болезнь сердца, риск развития сердечно-сосудистых заболеваний и инсульт), рак и психические расстройства. Тем не менее, в нескольких странах также реализуются подходы с более широким охватом, нацеленные, как правило, на пожилых людей. Эти подходы обычно реализуются только в отдельных регионах или действуют в качестве пилотных исследований. В качестве примеров можно привести Пилотную программу комплексного оказания помощи (ICP) и проект Партнерство для пожилых людей (СОРА) в Париже, Франция, отдельные контракты на комплексную помощь в Германии и Пилотный проект по координа-

ции оказания помощи (ССР) в Венгрии. Если модели оказания помощи реализовались как пилотные проекты, некоторые из них были адаптированы для реализации в других регионах (например, программа СОРА во Франции) или продолжались после завершения пилотной фазы (например, отдельные проекты РОРР в Англии) [18].

В Норвегии работа по совершенствованию помощи пациентам ПСВ ведется в основном на местном уровне силами учреждений первичной медико-санитарной и медико-социальной службы. Также к этой работе активно привлекаются некоммерческие и частные организации, финансируемые за счет государственных грантов и при осуществлении постоянного контроля за качеством оказываемых услуг со стороны администрации здравоохранения и социальных служб. Это, например, услуги и меры, направленные на то, чтобы люди ПСВ с психическими расстройствами могли жить в собственных домах с адаптацией услуг, а также участвовать в работе и организации досуга [19; 20].

В Израиле возрастная структура от 65 лет и старше увеличивается уже достаточно длительное время за счет возрастной иммиграции и повышения средней продолжительности жизни. Это потребовало от государственных органов Израиля, наряду с укреплением традиционной медико-социальной помощи, оказываемой за счет средств бюджета, разработать детальные схемы софинансирования госпитализации в учреждения для пожилых людей, нуждающихся в уходе, либо в отделения для людей, страдающих от старческой деменции. Участие в оплате госпитализации установлено правилами Министерства здравоохранения в соответствии с размером доходов пожилого человека, которому необходима госпитализация, и размером доходов членов его семьи [21].

В РФ медико-социальному обслуживанию населения также уделяется серьезное внимание. Согласно сведениям, представленным Росстатом, в 2016 г. В нашей стране зарегистрировано свыше 35 млн лиц пенсионного возраста (24,5% населения), прогнозируется что это число вырастет до 30,2% к 2035 г. Известно, что необходимость в медицинском обслуживании у данной категории лиц в несколько раз выше, чем у других возрастных групп [22].

Также заслуживает внимания опыт Японии в оказании медико-социальной поддержки пожилым людям, составляющим значительную часть населения. Демографическая структура страны резко меняется с ростом тенденции к старению населения и снижению рождаемости. В частности, доля пожилого населения в возрасте 65 лет и старше достигла 25% в 2013 г. и достигнет 39,9% к 2060 г. [23]. В этой стране создана система финансирования здравоохранения, предоставляющая практически бесплатную помощь для старше 70 лет, включающую расширенное обслуживание, реабилитацию и дневной уход на дому [24]. Однако ожидается, что потребность в медицинской помощи в ближайшее время изменится как качественно, так и количественно. В связи с этим Н.Агаи и соавт. [23] подчеркивают, что в отношении пожилых людей необходимо менять

парадигму «Медицинская помощь» на «Медико-социальная помощь и уход»; реорганизовывать больницы с созданием комплексной системы помощи и ухода на дому; вводить курс геронтологии или гериатрической медицины в каждом учебном медицинском заведении; создавать центры гериатрии и геронтологии для повышения качества медицинской помощи.

Таким образом, организация помощи лицам пожилого и старческого возраста (ПСВ) – это всегда комплексная задача, включающая не только медицинские аспекты, но и социальные, культурные и ещё многие конкретные вопросы из разных сфер жизни. Следовательно, модель организации первичной медико-санитарной помощи пациентам ПСВ должна включать не только медицинские, но и другие аспекты, прежде всего социальные, и строиться на основе межведомственного взаимодействия. Очевидно, что при понимании общих подходов, связанных с возрастными изменениями, большая часть потребностей лиц ПСВ будет носить сугубо индивидуальный характер. Поэтому для разработки организационных моделей помощи лицам ПСВ необходим инструмент оценки состояния их здоровья, социального благополучия и потребности в различных видах помощи.

Список литературы:

1. World report on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2015. Available from: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/en/> [cited 2017 May 11]. [Google Scholar] [Ref list]
2. Multisectoral action for a life course approach to healthy ageing: draft global strategy and plan of action on ageing and health. Geneva: World Health Organization; 2016. Available from: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_17-en.pdf [http://\[cited 2017 May 11\].](http://[cited 2017 May 11].) [Ref list]
3. Resolution A/RES/70/1. Transforming our world: the 2030 agenda for sustainable development. In: Seventieth United Nations General Assembly, New York, 25 September 2015. New York: United Nations; 2015. Available from: http://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=E [cited 2017 May 11]. [Ref list]
4. Мировые демографические перспективы: пересмотренное издание 2017 года, ООН [Интернет]. (Дата обращения: 07.02.2018). URL: https://esa.un.org/unpd/wpp/Publications/Files/WPP2017_KeyFindings.pdf.
5. Osborn R, Moulds D, Squires D, Doty MM, Anderson C. International survey of older adults finds shortcomings in access, coordination, and patient-centered care. *Health Aff (Millwood)*. 2014. December;33(12):2247–55. 10.1377/hlthaff.2014.0947 [PubMed] [CrossRef] [Google Scholar] [Ref list]
6. Nolte E, Pitchforth E. Policy summary II: What is the evidence on the economic impacts of integrated care? Geneva: World Health Organization; 2014. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0019/251434/What-is-the-evidence-on-the-economic-impacts-of-integrated-care.pdf [http://\[cited 2017 May 11\].](http://[cited 2017 May 11].) [Google Scholar] [Ref list]
7. Nolte E., Knai C., McKee M., eds. Managing chronic conditions: experience in eight countries. Copenhagen, World Health Organization on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2008. [cited 2020 Oct 11] Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0008/98414/E92058.pdf
8. Busse R., Riesberg A. Health care systems in transition: Germany. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2004 [cited 2020 Oct 11]
9. Hofmarcher M.M., Rack H.M. Austria: health system review. Health Systems in Transition. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies 2006. P. 1–247 [cited 2020 Oct 11]
10. Nolte E, Knai C, eds. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2015 [cited 2020 Oct 11] Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277939/Assessing-chronic-disease-management.pdf
11. Gaal P et al. Hungary. In: Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Nolte E, Knai C, eds. Copenhagen, <http://vestnik.mednet.ru/content/view/1234/30/32>
12. WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2015: [cited 2020 Oct 11] Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277939/Assessing-chronic-disease-management.pdf
13. Lai T et al. Lithuania. In: Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports / Nolte E, Knai C, eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2015: [cited 2020 Oct 11] Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277939/Assessing-chronic-disease-management.pdf
14. Elissen A et al. The Netherlands. In: Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Nolte E, Knai C, eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2015: [cited 2020 Oct 11] Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277939/Assessing-chronic-disease-management.pdf
15. Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Nolte E, Knai C, eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2015: [cited 2020 Oct 11] Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/27799/Assessing-chronic-disease-management.pdf
16. Erler A, Fullerton B, Nolte E (2015). Germany. In: Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Nolte E, Knai C, eds. - Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2015: [cited 2020 Oct 11] Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277939/Assessing-chronic-disease-management.pdf

17. Sönnichsen A, Flamm M, Nolte E (2015). Austria. In: Assessing chronic disease management in European health systems. Country reports. Nolte E, Knai C, eds. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe on behalf of the European Observatory on Health Systems and Policies. 2015: [cited 2020 Oct 11] Available from: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0010/277939/Assessing-chronic-disease-management.pdf

18. Ellen Nolte, Cécile Knai, Richard B. Saltman. Оценка ведения хронических больных в европейских системах здравоохранения: принципы и подходы. Европейское региональное бюро ВОЗ. Европейская Обсерватория по системам и политике здравоохранения. 2019 г. 104 стр. [Интернет]. URL: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332123/9789289053617-rus.pdf?sequence=1&isAllowed=y> (Дата обращения 11.10.2020).

19. Norwegian Ministry of Health and Care Services. Meld. St. 10 (2012–2013) Report to the Storting (white paper) Summary «High Quality – Safe Services» [Интернет]. URL: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b9f8d14c14634c67a579a1c48a07c103/en-gb/pdfs/stm201220130010000engpdfs.pdf>. (Дата обращения: 04.04.2018).

20. Geriatric assessment in Norway. Scandinavian guidelines for geriatric medicine [Интернет]. URL: <http://www.biomedsearch.com/nih/Geriatric-assessment-in-Norway-Scandinavian/9411917.html>. (Дата обращения: 12.04.2018).

21. Министерство здравоохранения Израиля. Отдел гериатрии. [Интернет]. URL: <https://www.health.gov.il/Russian/UnitsOffice/HD/MHealth/Geriatrics/Pages/default.aspx>. (Дата обращения: 04.04.2018).

22. Сквирская Г.П., Сон И.М., Сененко А.Ш. и др. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации. Менеджер здравоохранения. 2018; 1: 27–34.

23. Arai H, Ouchi Y et al. Japan as the front-runner of super-aged societies: Perspectives from medicine and medical care in Japan. Geriatr Gerontol Int 2015; 15 (6): 673–87.

24. Hospital design and development. In: Planning, organisation and management of hospitals and nursing homes. Ed. S.A. Tabish. First Edition. JayPee Brothers Medical Publishers; p. 498–509.

ҚАРТТАРҒА МЕДИЦИНАЛЫҚ-ӘЛЕУМЕТТІК КӨМЕКТІ ҰЙЫМДАСТЫРУДЫҢ ХАЛЫҚАРАЛЫҚ ТӘЖІРИБЕСІ

* А.С. Сакибаева, А.Т. Маншарипова, З.Н. Лигай

«Қазақстан-Ресей медициналық университеті» МБББМ, Қазақстан, Алматы

Түйінді

Демография саласындағы негізгі проблемалардың бірі-халықтың қартаю процесі. Қазақстанда бұл мәселе әзірге жаңа болып табылады және Мемлекеттік құжаттар мен құқықтық актілерде көрсетуді талап етеді. Қартаю процесін табиғи жолмен алдын алуға және баяулатуға болады. Осы мақсатта Қазақстан Республикасында, ТМД елдерінде гериатриялық көмек көрсету технологиясына және егде жастағы адамдар үшін жеке геронтолог - дәрігерді бөлуге ерекше назар аудару қажет. ТМД-ның көптеген елдерінде халықтың қартаюы мәселесі назар аударуды қажет етеді, ал басқа "жас" елдерде уақыт бұл мәселені уақтылы шешуге көмектеседі. Халықтың қартаю мәселесін шешуді БҰҰ және басқа да бірқатар халықаралық ұйымдар ұсынды. Осыған байланысты көптеген елдер ұзақ мерзімді көмек жүйесін енгізуге немесе жақсартуға бағытталған шаралар қабылдауда.

Кілт сөздер: қартаю, демография, медициналық-әлеуметтік көмек, қарттар, гериатрия.

INTERNATIONAL EXPERIENCE IN ORGANIZING MEDICAL AND SOCIAL CARE FOR THE ELDERLY

*Asem Sakibaeva, Almagul Mansharipova, Zoia Ligai

NEI «Kazakh-Russian Medical University», Kazakhstan, Almaty

Summary

One of the main problems in the field of demography is the process of population aging. In Kazakhstan, this issue is still new and requires reflection in state documents and legal acts. The aging process can be prevented and slowed down naturally. To this end, it is necessary to pay special attention to the technology of geriatric care in the Republic of Kazakhstan, the CIS countries and the allocation of a separate doctor - gerontologist for the elderly. In many CIS countries, the issue of population aging requires attention, while in other "young" countries, time helps to solve this problem in a timely manner. The solution to the issue of population aging was proposed by the UN and a number of other international organizations. In this regard, many countries are taking actions aimed at introducing or improving the system of long-term assistance.

Key words: aging, demography, medical and social care, elderly people, geriatrics.

Конфликт интересов. Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Корреспондирующий автор. Сакибаева Асем Сакеновна, НУО «Казakhstanско-Российский медицинский университет», магистрант, Казахстан, г. Алматы. E-mail: asem.sakibaeva@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7562-7030>.

Вклад авторов. Все авторы внесли равноценный вклад в разработку концепции, выполнение, обработку результатов и написание статьи. Заявляем, что данный материал ранее не публиковался и не находится на рассмотрении в других издательствах.

Финансирование. Отсутствует.

Статья поступила: 25.10.2022.

Принята к публикации: 14.11.2022.

Conflict of interest. All authors declare that there is no potential conflict of interest requiring disclosure in this article.

Corresponding author. Sakibaeva Asem S., NEI «Kazakh-Russian Medical University», Master of medicine, Kazakhstan, Almaty. E-mail: asem.sakibaeva@bk.ru; <https://orcid.org/0000-0002-7562-7030>.

Contribution of the authors. All authors have made an equal contribution to the development of the concept, implementation, processing of results and writing of the article. We declare that this material has not been published before and is not under consideration by other publishers.

Financing. Absent.

Article submitted: 25.10.2022.

Accepted for publication: 14.11.2022.

УДК:616.1/.9
МРНТИ: 76.29.30.

DOI: 10.24412/2790-1289-2022-4-8891

ИЗУЧЕНИЕ КЛИНИКО-МОРФОЛОГИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ПРИ РЕЗИСТЕНТНОЙ АРТЕРИАЛЬНОЙ ГИПЕРТЕНЗИИ

*Е.К. Утяпов, С.Р. Есиргенова, З.Н. Лигай

НУО «Казakhstanско-Российский медицинский университет», Казахстан, Алматы

Аннотация

В статье представлены результаты анализа, изучение клинико-морфологических особенностей при резистентной артериальной гипертензии. Описаны гипотезы клинико-морфологических особенностей резистентной АГ. Проблемы артериальной гипертензии (АГ) определяется ее высокой частотой в популяции, влиянием на здоровье, работоспособность и продолжительность жизни населения. Распространенность АГ составляет 15-30%, а у лиц старше 65 лет она превышает 60% [URL: <https://moluch.ru/archive/236/54737/>]. Наличие повышенных цифр артериального давления (АД), особенно систолического, связано с повышенным риском ИБС, инсультов, сердечной и почечной недостаточности, то есть осложнений. У пациентов с АГ выявлено повышение общей смертности в 2-5 раз, а смертности от сердечно-сосудистых заболеваний - в 2-3 раза [URL: <https://moluch.ru/archive/236/54737/>]. Поэтому выработка тактики диагностики и предупреждения осложнений АГ является одной из важных проблем современной кардиологии. Большое количество гипотензивных препаратов различных групп создает определенные трудности при выборе оптимального медикамента для коррекции АД и предупреждении осложнений. Согласно данным литературы и проведенным исследованиям последних лет, обнаружена высокая частота артериальной гипертензии у лиц с осложнениями органов мишеней. Благодаря внимательности доктора и методом специфичной и чувствительной диагностики, работники здравоохранения могут предупредить осложнения и течения АГ [URL: <https://moluch.ru/archive/236/54737/>]. С возрастом данная патология приобретает резистентность к стандартной терапии, а это грозит к нежелательным последствиям в ведении пациента, которые могут привести к осложнениям, инвалидизации, а также не исключены смертельные исходы для пациентов.

Ключевые слова: пожилые, резистентная артериальная гипертензия, острое нарушение мозгового кровообращения.

Введение. Артериальная гипертензия (АГ) социально значимая проблема в здравоохранении [1]. В развитых странах АГ страдает от 30 до 40 % населения. Распро-

страненность данной патологии согласно прогнозам, будет идти к повышению [2] и омоложению, а здоровье нашего социума зависит от исхода данной патологии.