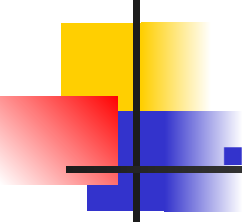


**ПОНЯТИЯ СТАРЕНИЯ И СТАРОСТИ.
ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ.
ОРГАНИЗАЦИЯ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ
СЛУЖБЫ В РОССИЙСКОЙ
ФЕДЕРАЦИИ.**



**Профессор кафедры
поликлинической терапии с курсом
медицинской реабилитации д.м.н. Е.
Ю. Алексенко**

- 
- **Старость** — закономерно наступающий период возрастного развития, заключительный этап онтогенеза.

- **Старение** - неизбежный биологический разрушительный процесс, приводящий к постепенному снижению адаптационных возможностей организма; характеризуется развитием возрастной патологии и увеличением вероятности смерти.

- **Старость** —этап развития организма, не являющийся патологическим состоянием.

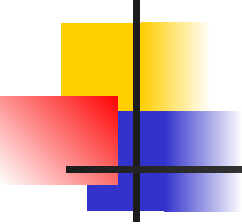
- **Болезнь** — нарушение жизнедеятельности организма, которое может развиваться в любом возрасте.



По классификации ВОЗ возраст считается:

- **средним** — 45–59 лет;
- **пожилым** — 60–74 года;
- **старческим** — 75–90 лет;
- **долгожители** — 90 и более лет.

Календарный и биологический возраст.



Биологический возраст — это мера старения организма, его здоровья. Определение биологического возраста проводится путем комплексной оценки функционального состояния систем организма, с использованием нагрузочных проб для оценки и адаптационных возможностей. Чем больше календарный возраст опережает биологический, тем медленнее темп старения и больше продолжительность жизни.

Определение **биологического возраста** играет огромную роль в разработке системы профилактических, социальных мероприятий для людей старших возрастных групп.

ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ

Старение – закономерный этап онтогенеза, сопровождающийся снижением адаптационных возможностей организма и **повышающий вероятность смерти.**



Никто не умирает «просто от старости»

Основные причины смерти в XX веке (в странах с высоким уровнем жизни)

1900 год

1. Пневмония, грипп
2. Туберкулез
3. Диарея
4. Сердечно-сосудистые заболевания

2000 год

1. Сердечно-сосудистые заболевания
2. Инсульт
3. Рак
4. Пневмония

Возрастная структура населения развитых и развивающихся стран



Рис. 4.4. Лемографические пирамиды (по: Keyfitz, Flieger, 1968 из: Ricklefs, 1993).

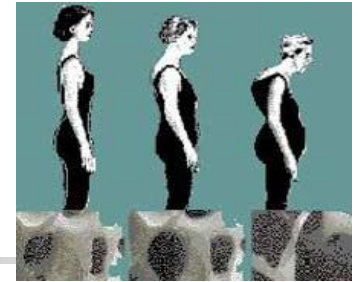


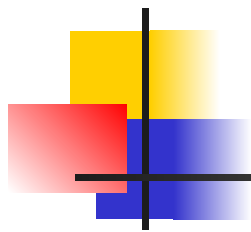
Старение наблюдается на всех уровнях

- Молекулярном
- Клеточном
- Тканевом
- Органном
- Организменном

Некоторые признаки старения:

- Рост уменьшается на 0,5 - 1 см за каждые 5 лет после 60, изменяется осанка
- Седеют и выпадают волосы, зубы
- Кожа теряет тургор, сморщивается, усиливается пигментация
- Слабеет слух и зрение, развиваются катаракта и дальнозоркость
- Замедляются реакции
- Снижается способность сердца и легких работать на пределе возможностей
- Снижается обмен веществ, нарушается терморегуляция
- Прекращается фертильная функция



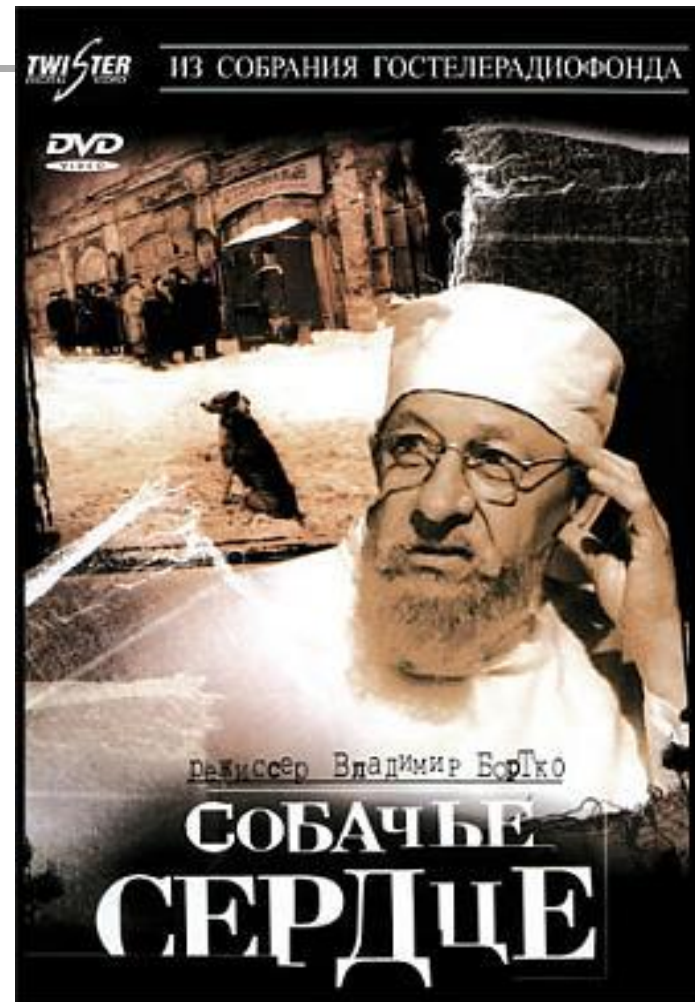


**Все эти признаки
проявляются в разной
степени и в разное время у
разных людей**

Старение всегда волновало людей.

Человек, как
считают,
единственный вид,
знающий о
предстоящей смерти

Помните, чем занимался в
основное время профессор
Преображенский?



ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ

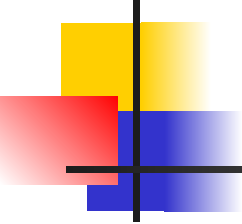
Среди метаболических теорий и гипотез старения в отдельную группу выделились те, которые постулируют первичную роль свободных радикалов, образующихся в организме в процессе метаболизма.

Однако не всеми признается первичная роль свободных радикалов в старении и возрастном развитии:

- одни полагают, что в молодом возрасте многие свободные радикалы не способны повредить структурные белки и индуцировать поперечные сшивки молекул,
- другие приводят данные против данной теории и считают, что первичную роль в старении играют модификации белков.

Молекулярные теории объединяет то, что запускающий механизм старения находится на молекулярном уровне и сосредоточен в соответствующих биохимических механизмах жизнедеятельности организма.

ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ



По мнению **В. М. Дильмана** (основоположника элевационной теории), в основе процессов развития и старения главную роль играет основной нейроэндокринный орган — гипоталамус. Возрастное снижение его чувствительности к регуляторным сигналам лежит в основе старения организма. В результате возрастных изменений, происходящих в системе метаболического гомеостаза, регулирующего аппетит и энергетическое обеспечение функций организма, происходит нарастание с возрастом содержания жира в теле, снижение чувствительности тканей к инсулину (предиабет) и развитие атеросклероза.

ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ



Модель старения, разработанная украинским физиологом и геронтологом **В. В. Фролькисом** в 1960–1970х гг., основана на широко распространенном представлении о том, что старость и смерть генетически запрограммированы. Ее «изюминка» состоит в том, что возрастное развитие и продолжительность жизни определяются балансом двух процессов: наряду с разрушительным процессом старения развертывается процесс «антистарения», для которого Фролькис предложил термин **«витаукт»** (от *лат.* *vita* - жизнь, *auctum* — увеличивать). Этот процесс направлен на поддержание жизнеспособности организма, его адаптацию, увеличение продолжительности жизни.

ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ

Академик **В. П. Скулачев** высказал идею о существовании генетической программы самоуничтожения — клеточного апоптоза.

- В отличие от некроза — насильственной гибели клеток из-за травмы, ожога, отравления, недостатка кислорода в результате закупоривания кровеносных сосудов и т. д. - при апоптозе клетка аккуратно саморазбирается на части, и соседние клетки используют ее фрагменты в качестве строительного материала. По мнению ученого, старость - это болезнь, которую можно и нужно лечить.
- Программа старения организма подвержена выведению из строя и тем самым выключению механизма, сокращающего нашу жизнь.



ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ

В 1961 г. **геронтолог Л. Хейфлик** установил, что человеческие клетки кожи имеют предел деления. Клетки в культуре фибробластов человека при хороших условиях живут ограниченное время и способны удваиваться примерно 50 ± 10 раз, и это число стали называть лимитом Хейфлика.

До открытия Хейфлика господствовала точка зрения, что клетки бессмертны, а старение и смерть — это свойство организма в целом.



Как выяснилось, **лимит Хейфлика** зависит от возраста:

чем старше человек, тем меньшее число раз удваиваются его клетки в культуре.

Интересно, что замороженные клетки при разморозке и последующем культивировании, как-будто помнят число делений до замораживания. Фактически, внутри клетки существует «счетчик делений», и по достижении определенного предела (лимита Хейфлика) клетка перестает делиться — становится сенесцентной.

Сенесцентные (старые) клетки имеют специфическую морфологию - они крупные, уплощенные, с большими ядрами, сильно вакуолизированы, у них меняется профиль экспрессии генов. В большинстве случаев они устойчивы к апоптозу.

ТЕОРИИ СТАРЕНИЯ



Алексей Матвеевич ОЛОВНИКОВ

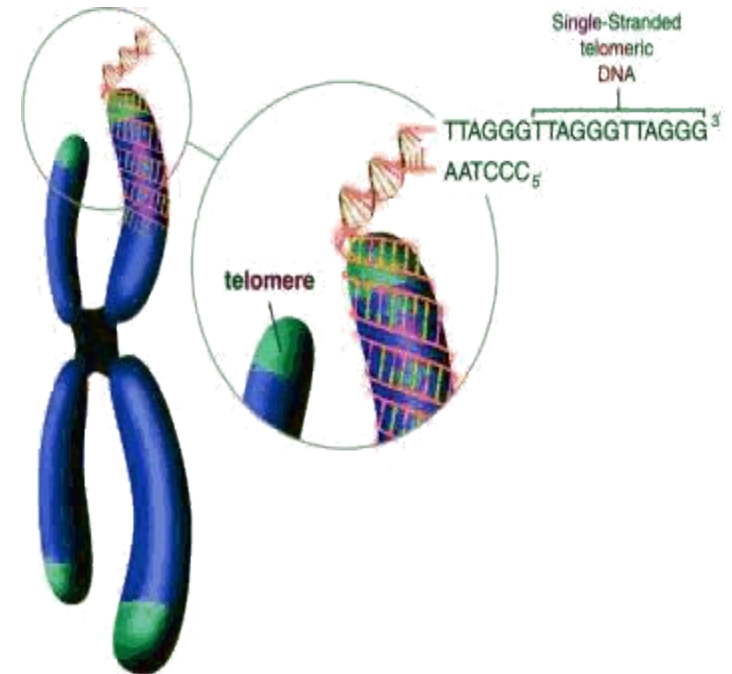
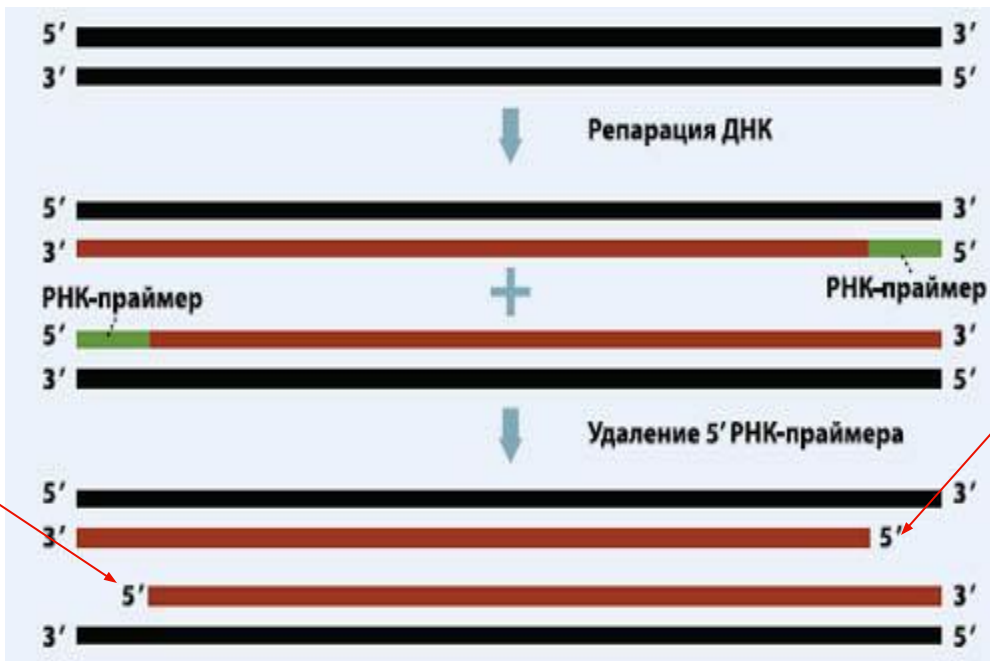
В 1971 г. наш соотечественник **Алексей Матвеевич Оловников** предположил, что лимит Хейфлика связан с «недорепликацией» концевых участков линейных хромосом (они имеют специальное название — **теломеры**).

- Кроме того, Оловников предсказал существование теломеразы (фермента, добавляющего повторяющиеся последовательности ДНК на концы хромосом), исходя из того факта, что иначе в активно делящихся клетках ДНК быстро бы «съелась», и генетический материал был бы утерян. В организме должен существовать механизм, компенсирующий укорочение теломер, такое предположение сделал **А. М. Оловников**.





При каждом делении теломеры недореплицируются. Фермент **теломераза** способен достраивать теломеры, но он активен только в эмбриональных стволовых или раковых клетках, а в соматических подавлен



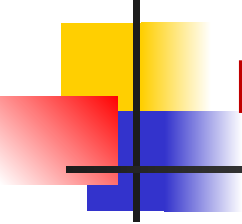


Действительно, в 1984 г. такой фермент был открыт **Кэрл Грейдер** и назван теломеразой.

Теломераза — это обратная транскриптаза, которая увеличивает длину теломер, компенсируя их недорепликацию.

В 2009 г. **Э. Блэкберн, К. Грэйдер и Д. Шостак** за открытие этого фермента и цикл работ по изучению теломер и теломеразы была присуждена **Нобелевская премия**.

По данным Э. Блекберн, теломераза участвует в регуляции активности примерно 70 генов. Теломераза активна в зародышевых и эмбриональных тканях, в стволовых и пролиферирующих клетках. Ее обнаруживают в 90% раковых опухолей, что обеспечивает неудержимое размножение раковых клеток. В настоящее время среди препаратов, которые используют для лечения рака, есть и ингибитор теломеразы.



Существуют гены, ускоряющие и замедляющие старение

- Старение – мультифакториальный процесс, но описаны синдромы преждевременного старения: прогерия, синдром Вернера и другие.
- У лабораторных объектов (мышь, черви, дрозофила) получены мутации в 1,5 – 2 раза удлиняющие жизнь

Синдромы с преждевременным старением

(видно, что причина большинства из них - нарушение репарации ДНК)

Синдром	Частота	Характер наследования	СПЖ.лет	Мишень (дефект) в геноме
Синдром Хатчинсона-Гилфорда	$<1/1 \cdot 10^6$	Неизвестен	~13	Причина неизвестна
Синдром Вернера	$<1/1 \cdot 10^5$	Аутосомально-рецессивный	~50	ДНК-геликаза (RecQ), экзонуклеаза
Синдром Ротмунда-Томсона	$<1/1 \cdot 10^5$	Тот же	Нормальная?	ДНК-геликаза (RecQ)
Синдром Кокейна	$<1/1 \cdot 10^5$	»	~20	Репарация ДНК
Трихотиодстрофия	$<1/1 \cdot 10^5$	»	~10	Репарация ДНК, транскрипция оснований
Атаксия—телангиоэктазия	$<1/1 \cdot 10^4$	»	~20	Повреждение ДНК сигнальной протеин киназы
Синдром Дауна	$<1/1 \cdot 10^3$	De novo	~60	Неизвестна

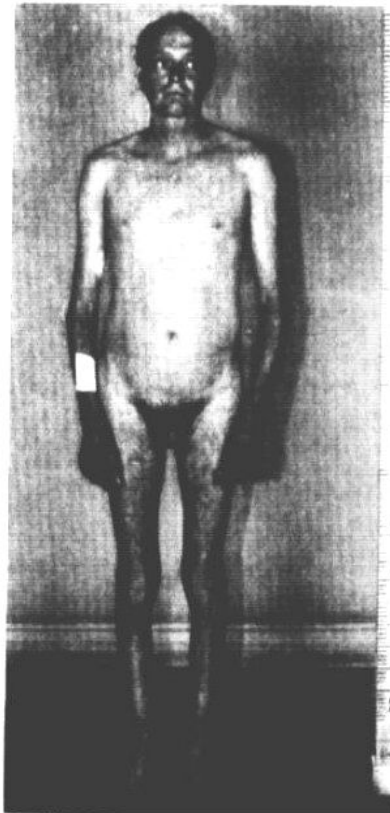


Прогерия (синдром Гетчинсона-Гилфорда) – 1:250 000. Низкий рост и вес, отсутствие подкожно-жирового слоя. Продолжительность жизни 7 – 27 лет.



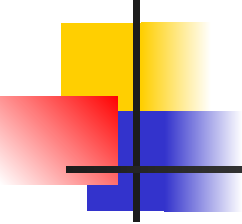
Синдром Вернера – аутосомно-рецессивный, (прогерия взрослых). Атеросклероз, остеопороз, поседение, облысение, выпадение зубов, атрофия жировой и мышечной ткани, высок риск развития злокачественных новообразований внутренних органов и кожи. Молекулярная основа связана с мутациями в гене *WRN*, кодирующего ДНК-хеликазу.

Больной 18 лет



Больная 48 лет





**Можно ли противостоять
старению?**

А почему бы и нет?

Что замедляет старение:

- Замедленное развитие. У животных в эксперименте отмечалось продление жизни при содержании с рождения при пониженной температуре, умеренной гипоксии и низкокалорийном, но сбалансированном питании.
- Антиоксиданты (витамины А, Е, С) и микроэлементы (Zn, Se) нужные для работы ферментов.
- Здоровый образ жизни как физической, так и психической, социальной, духовной и материальной

Схема «Здоровый образ жизни»

Здоровый образ жизни

Нездоровый образ жизни

ЧЕЛОВЕК

Полноценный
отдых

Сбаланси-
рованное
питание

Удовлетворенность
работой,
физический
и духовный
комфорт

Медицинская
грамотность

Психофизиологическая
удовлетворенность

Экономическая
и материальная
независимость

Активная
жизненная
позиция

Регулярная
физическая
и двигатель-
ная активность

Неполноценный
отдых

Социальная
пассивность

Неудовлетворен-
ность жизненной
ситуацией,
переутомление

Нарушенный
режим питания

Медицинская
безграмотность

Гиподинамия

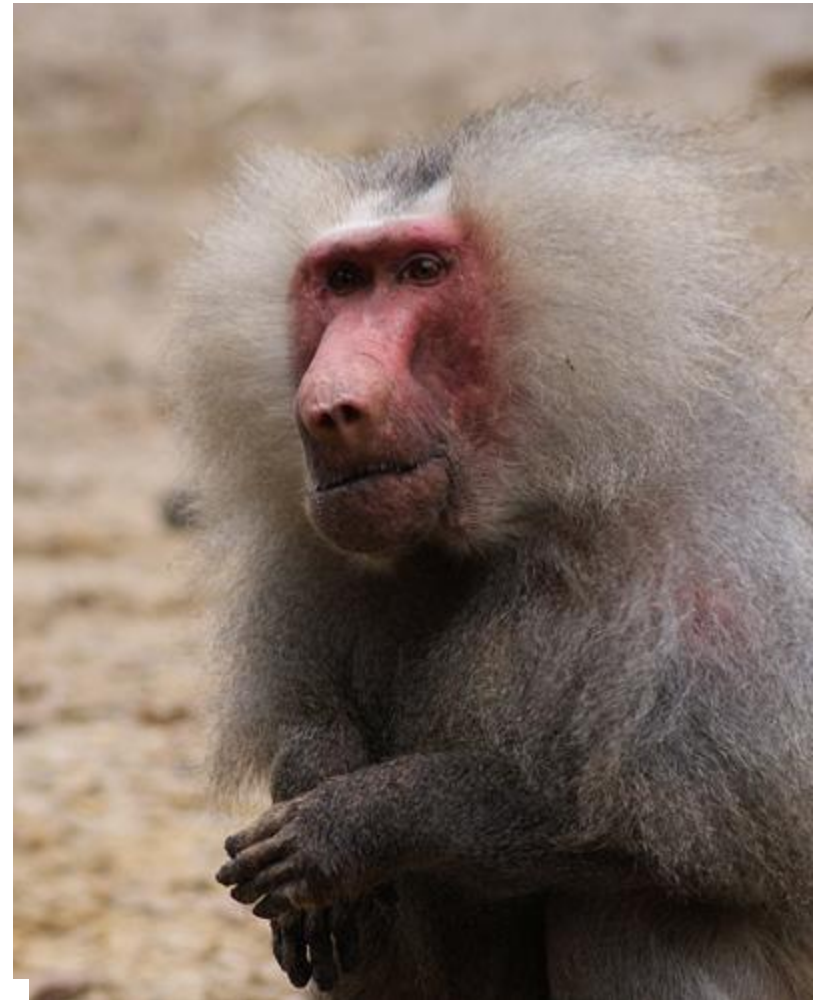
Неблагополучие
в семье

Злоупотребле-
ние алкоголем,
курение и нарко-
мания

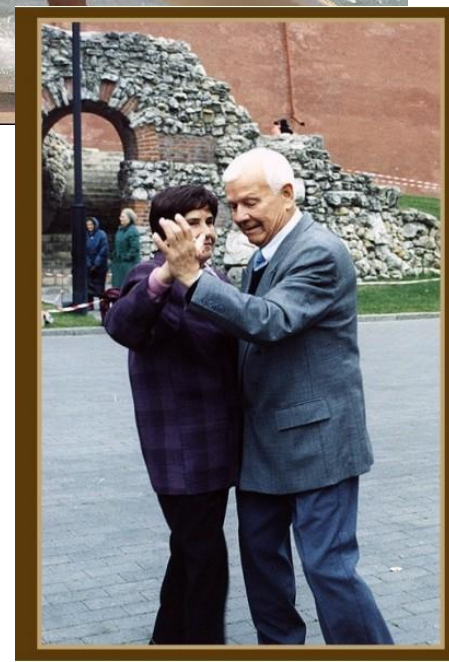
Для старого человека очень важна востребованность в обществе (а у приматов есть поведенческая программа - учиться у стариков)



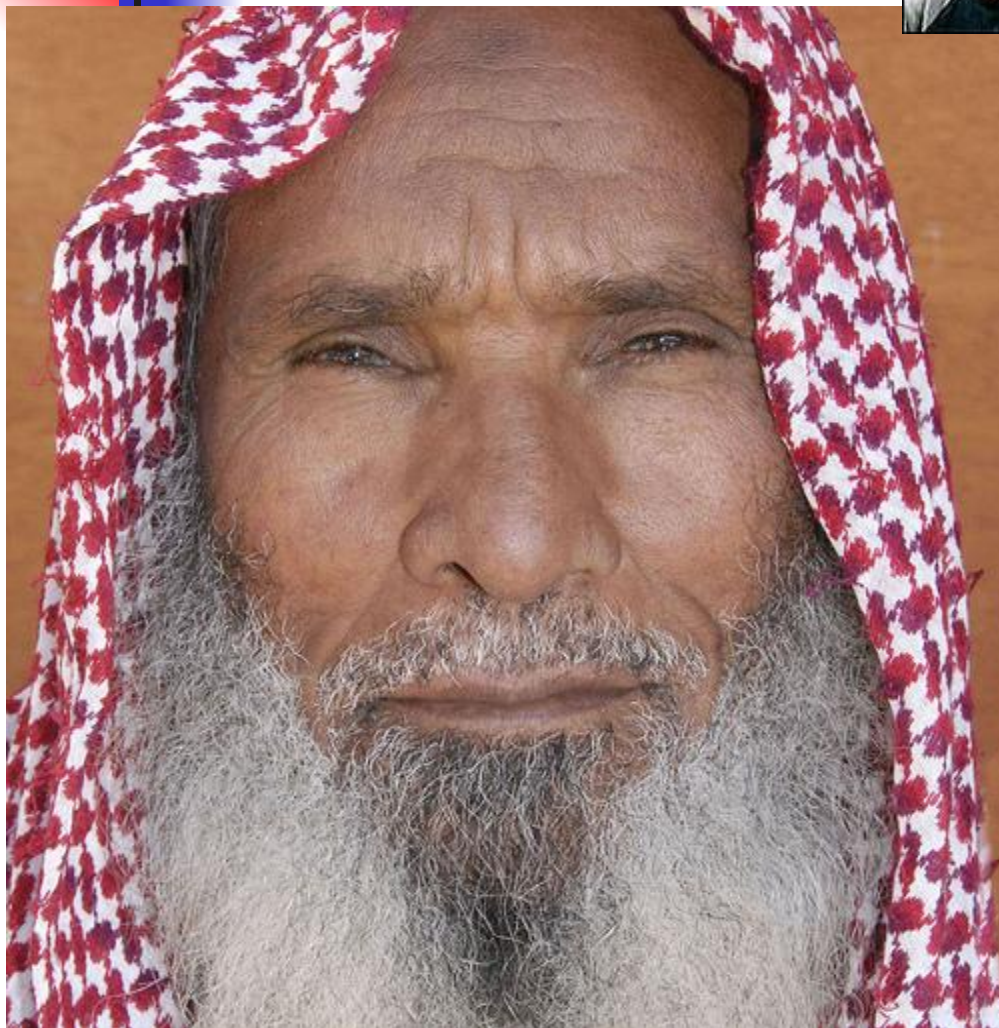
У старого павиана проснулась программа учить молодых, а те прилежно учатся, так как облик учителя соответствует их врожденной программе учиться у самца с пышной седой гривой и мантией. Университетские профессора в течение многих столетий преподавали в париках и мантиях.

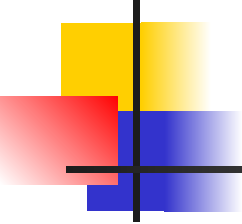


Полноценная жизнь в старости возможна



То, как живут старики, характеризует нацию

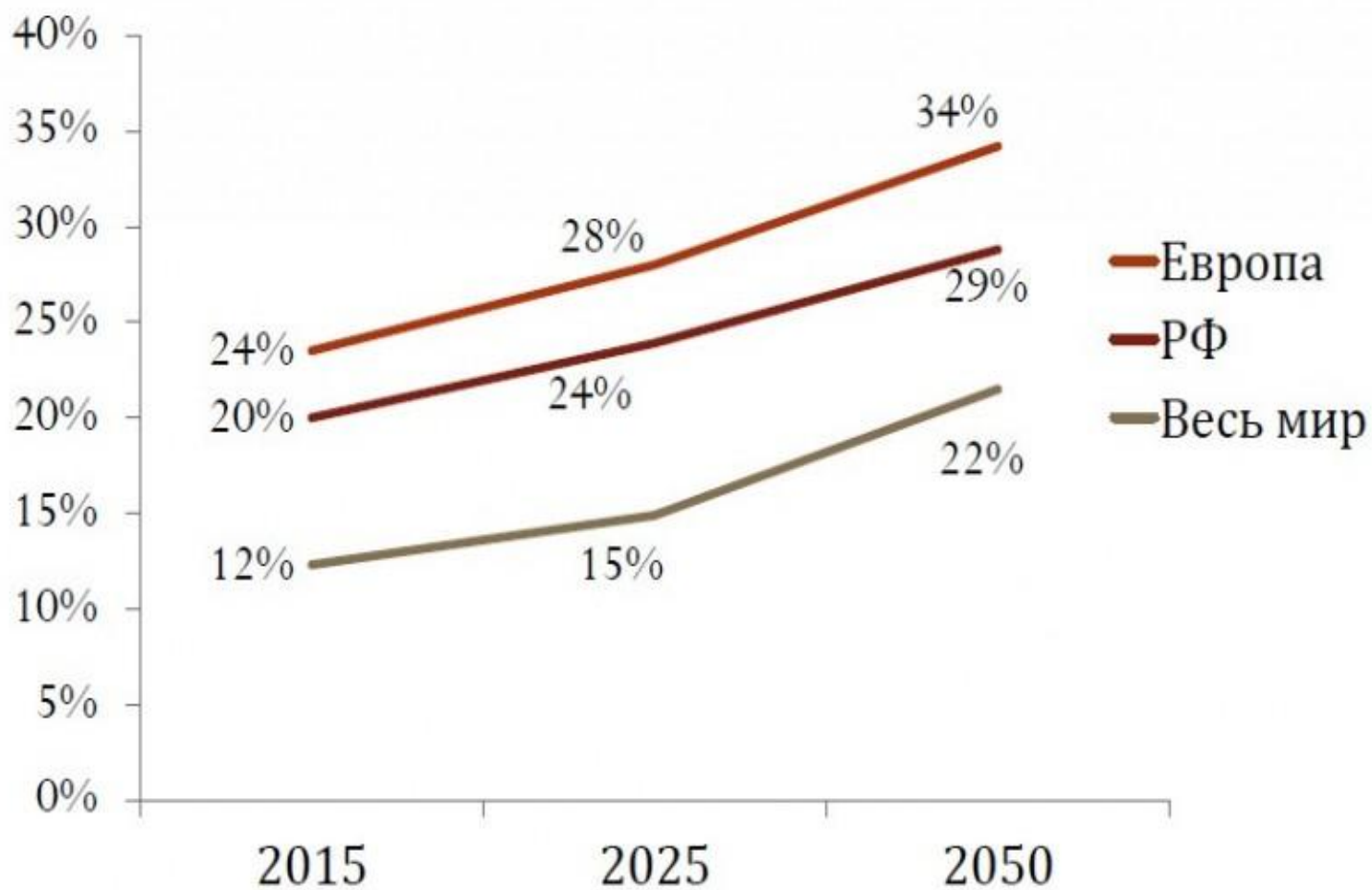




Геронтология — наука, изучающая биологические, социальные и психологические аспекты старения человека, его причины и способы борьбы с ним. Возникла около века назад. Составными частями геронтологии являются:

- **гериатрия** — учение о болезнях, связанных с инволюционными изменениями (возрастассоциированными заболеваниями и специфическими гериатрическими синдромами), а также особенностях лечения и профилактики заболеваний в пожилом и старческом возрасте;
- **герогигиена** — раздел, который изучает вопросы общей и специальной гигиены людей старших возрастных групп;
- **геронтопсихология** — изучает психологоповеденческие особенности людей пожилого и престарелого возраста.

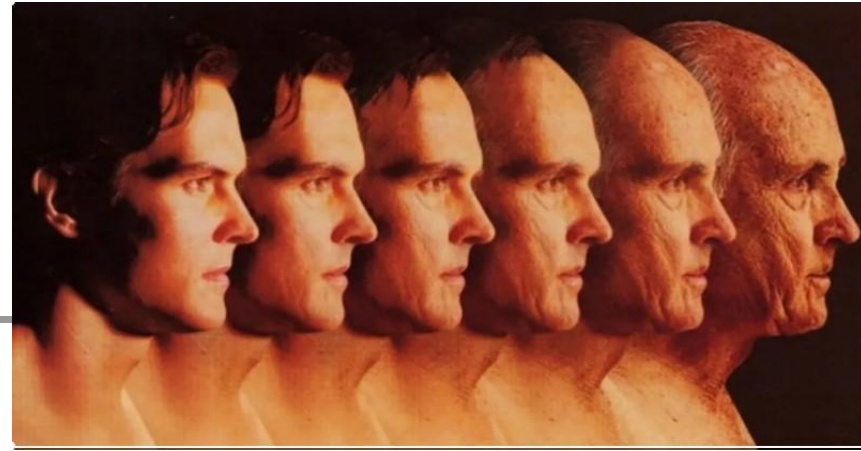
Увеличение доли людей старше 60 лет по прогнозам ООН



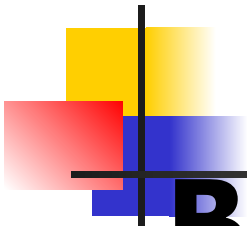


Проблема старения в Российской Федерации

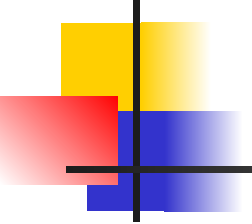
- В России доля лиц старше трудоспособного возраста увеличится с **2016 по 2025 год с 24,6% до 27% (39,9 млн), а к 2031 году – до 28,3% (42,3 млн).**
- **Рост продолжительности жизни** населения - с 67,61 лет в 2007 году до 70,93 года в 2014 году; а в 2015 году – 71,39 года (абсолютный исторический максимум), в 2016 году – 71,9 года, за 1-е полугодие 2017 года – 72,4 года
- В 2007 году на 1000 человек трудоспособного возраста приходилось **330** чел старше трудоспособного возраста, на начало 2015 года - **412** чел.



В России каждый четвертый человек находится в возрасте старше трудоспособного. Сохраняется гендерная диспропорция в населении старше трудоспособного возраста (на начало 2015 г. на 1000 мужчин приходилось 1854 женщины); продолжительности жизни населения составила 70,9 лет в 2014 г.:
у женщин 76,5 лет по сравнению с мужчинами - 65,3 лет.



В связи со старением населения РФ увеличивается показатель демографической нагрузки на население трудоспособного возраста.

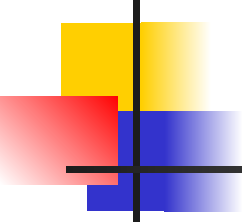


Увеличение числа лиц старших возрастных групп объективно ведет к повышению численности граждан, испытывающих трудности с решением медицинских, социальных и психологических проблем. С возрастом ухудшаются показатели здоровья. Около 80% лиц старшего поколения страдают множественной хронической патологией. В среднем у одного пациента старше 60 лет обнаруживается 4-5 различных хронических заболеваний. Затраты на медицинскую помощь пациенту 70 лет и старше в 7 раз превышают стоимость лечения 16–64 летних. В стареющем обществе неуклонно растет медико-социальная значимость проблемы когнитивных расстройств и деменции, синдрома мальнутриции, патологии костно-мышечной системы, что требует разработки целевых программ для решения этих актуальных проблем.

Гериатрия держится на трех китах:

- 1. Хронические болезни (возраст-ассоциированные)
- 2. Социальные проблемы
- 3. Биологический возраст («хрупкость», старческая астения)

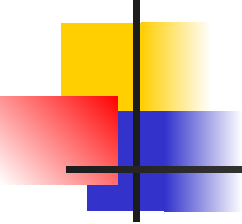




В гериатрии выделяют понятие **«возраст-ассоциированных заболеваний»** - заболеваний, развитие которых в какой-то мере обусловлено процессами старения, и распространенность которых увеличивается с возрастом.

К ним относятся:

- заболевания сердечно-сосудистой системы;
- заболевания опорно-двигательного аппарата;
- болезнь Альцгеймера;
- сахарный диабет;
- онкологические заболевания.



Старение сопряжено также и с развитием **«специфических гериатрических синдромов»**, являющихся многофакторными состояниями, формирующимися в ответ на снижение функционирования многих органов и систем. В настоящий момент насчитывается от 65 до 75 специфических гериатрических синдромов.

Наиболее распространенными являются: **старческая астения, саркопения, синдром падений, высокий риск переломов, сенсорный дефицит (снижение слуха и/или зрения), недержание мочи, недержание кала, нарушения сна, когнитивные нарушения (легкие, умеренные, тяжелые — деменция), остеопороз, мальнутриция, дегидратация, головокружение, нарушение терморегуляции, полипрагмазия, низкая мобильность, зависимость, одиночество, депрессия** и др.



**Большинство гериатрических синдромов
остаются нераспознанными врачами
первичного звена!!!**



**Нет мероприятий по их коррекции и
профилактике прогрессирования**



Потребность в длительном уходе
возрастает

**Число пожилых людей, не способных более
заботиться о себе, к 2050 году возрастет в**

4

раза





«Возраст требует действий»

В связи с увеличением продолжительности жизни и продолжающимся старением населения

**Необходимо развитие новой стратегии оказания медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста –
развитие гериатрической службы**



ПРАВИТЕЛЬСТВО РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

РАСПОРЯЖЕНИЕ

от 5 февраля 2016 г. № 164-р
МОСКВА

Утвердить прилагаемую Стратегию действий в интересах граждан старшего поколения в Российской Федерации до 2025 года.

Председатель Правительства
Российской Федерации

Д. Медведев

СТРАТЕГИЯ ДЕЙСТВИЙ В ИНТЕРЕСАХ ГРАЖДАН ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА ПРИОРИТЕТНОЕ НАПРАВЛЕНИЕ II: «Обеспечение здоровья людей пожилого возраста»



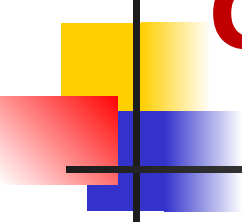
Цель разработки стратегии - *увеличение продолжительности жизни и повышение уровня и качества жизни людей старшего поколения*



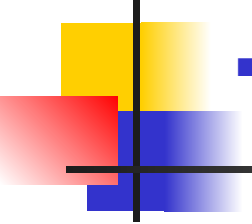
Основными задачами Стратегии являются:

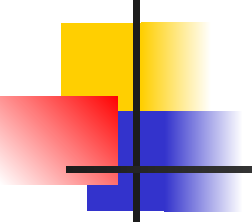
- развитие гериатрической службы и системы оценки потребности в уходе;
- совершенствование системы охраны здоровья граждан старшего поколения;
- развитие системы их социального обслуживания.

Приоритетные направления Стратегии включают в себя:



- создание последовательной и преемственной системы, сочетающей медицинские услуги, для людей всех возрастов — от профилактики до паллиативной медицинской помощи;
- обеспечение доступности медицинской помощи, в том числе гериатрической, во всех медицинских организациях, контроль обеспечения лекарственными препаратами;

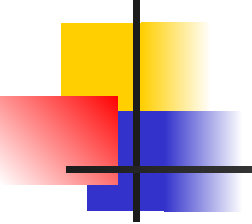
- 
- формирование здорового образа жизни и раннюю диагностику возраст-ассоциированных хронических неинфекционных заболеваний и факторов риска их развития с последующей своевременной их коррекцией с целью снижения заболеваемости, инвалидизации и смертности;
 - организацию гериатрической службы как единой системы долговременной медицинской помощи за счет преемственности ведения пациента различными уровнями системы здравоохранения, а также службами здравоохранения и социальной защиты;
 - развитие паллиативной медицинской помощи в интересах граждан старшего возраста;

- 
- совершенствование единой системы профессиональной подготовки и дополнительное профессиональное образование специалистов (врачей, медицинских сестер), участвующих в оказании гериатрической и социальной помощи;
 - проведение научных исследований в области геронтологии и гериатрии;
 - повышение информированности медицинских работников по вопросам охраны здоровья граждан старшего поколения.



Обеспечение доступности медицинской помощи

- ✓ Для обеспечения равного и универсального доступа к медико-социальному обслуживанию необходимо **создание последовательной и преемственной системы, сочетающей медицинские и социальные услуги**, для людей всех возрастов - от первичной профилактики до паллиативной помощи
- ✓ Медицинская помощь пожилым людям 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
- ✓ **Пожилый возраст не должен быть поводом для отказа от любого вида медицинской помощи, в том числе от госпитализации**



Организация гериатрической медицинской помощи регламентирована **приказом Минздрава РФ от 29.01.2016 № 38н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи по профилю „гериатрия“»**.

- Медицинская помощь по профилю «гериатрия» оказывается в виде **первичной специализированной медико-санитарной помощи, специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи и паллиативной медицинской помощи.**



Основной принцип

Организация гериатрической службы как **единой** системы **долговременной** медико-социальной помощи за счет **преимственности** ведения пациента между различными уровнями системы здравоохранения, а также между службами здравоохранения и социальной защиты





3-уровневая модель организации гериатрической службы в Российской Федерации

III

Уровень гериатрической службы

Федеральный научный центр геронтологии и гериатрии



II

Уровень гериатрической службы
организация медицинской помощи пожилым в стационарных условиях

Гериатрические отделения/койки многопрофильных медицинских организаций



I

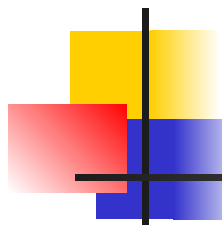
Уровень гериатрической службы
организация медицинской помощи пожилым в амбулаторных условиях

Гериатрические отделения/кабинеты поликлиник для взрослых



Маршрутизация пожилого пациента





Скрининг « Возраст не помеха »

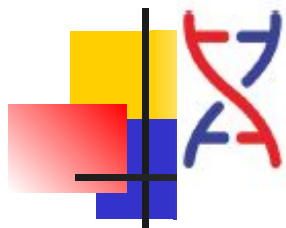
Дата _____

Ф.И.О.пациента _____

Полных лет

	Вопросы	Да (1)	Нет(0)
1	Похудели ли Вы на 5 и более кг за последние 6 месяцев? (Вес)		
2	Испытываете ли Вы какие-либо ограничения в повседневной жизни из-за снижения ЗР ения или Сл уха?		
3	Были ли у Вас в течение последнего года Травмы , связанные с падением?		
4	Чувствуете ли Вы себя подавленным, грустным или встревоженным на протяжении последних недель? (Настроение)		
5	Есть ли у Вас проблемы с Памятью , пониманием, ориентацией или способностью планировать?		
6	Страдаете ли Вы недержанием Мочи ?		
7	Испытываете ли Вы трудности в перемещении по дому или на улице? (Ходьба до 100 м/ подъем на 1 лестничный пролет)		
ИТОГО <i>Пациент признается «хрупким» при 3 и более баллах</i>			

.....



Организация гериатрической службы как единой системы долговременной медико-социальной помощи

- ✓ **Усиление территориальных врачебных участков** с преобладанием пожилого населения (более 40%) за счет введения ставки фельдшера с дополнительной подготовкой по гериатрии, создание гериатрических отделений (кабинетов).
- ✓ *Расширение диапазона предоставляемых внебольничных услуг и создания рациональных систем длительного ухода за людьми пожилого и старческого возраста.*



Организация гериатрического отделения (кабинета) медицинской организации, оказывающей медицинскую помощь в амбулаторных условиях

- ✓ **Гериатрическое отделение** *рекомендовано организовывать при численности прикрепленного населения в возрасте 60 лет и старше 20 000 человек и более.*
- ✓ **Гериатрический кабинет** - *при численности прикрепленного населения в возрасте 60 лет и старше менее 20 000 человек.*



Основные функции гериатрического отделения поликлиники

- ✓ прием граждан пожилого и старческого возраста по направлению участкового врача либо при самостоятельном обращении
- ✓ первичная комплексная гериатрическая оценка больного (оценка физического состояния, функционального статуса, психического здоровья и социально-экономических условий жизни пациента)
- ✓ выявление ХНИЗ и факторов риска ХНИЗ, гериатрических синдромов
- ✓ формирование долгосрочного индивидуального плана проведения профилактических, лечебных и реабилитационных мероприятий, плана социальной и психологической адаптации и осуществление контроля за их выполнением
- ✓ разработка плана по использованию средств и методов, адаптирующих окружающую среду к функциональным возможностям пациента, функциональные возможности пациента к окружающей среде (использования средств передвижения, протезирования и т.д.)
- ✓ определение и реализация мероприятий по диагностике, лечению, медицинской реабилитации, включая оценку реабилитационного потенциала, а также мероприятий по оказанию социально-медицинских, социально-бытовых, социально-психологических и иных услуг в соответствии с заболеванием (состоянием) пациента, его социальным статусом и степенью снижения способности к самообслуживанию



Организация деятельности гериатрического отделения
медицинской организации, оказывающей медицинскую
помощь в стационарных условиях

Потребность в гериатрических койках определяется из расчета:

1 койка

на **2 000** населения

60 лет и старше



Основные функции гериатрического отделения стационара

- ✓ оказание специализированной медицинской помощи пациентам со старческой астенией и с заболеваниями терапевтического профиля, не требующими оказания высокотехнологичной медицинской помощи;
- ✓ проведение мероприятий по реабилитации после ортопедических, хирургических, неврологических вмешательств, а также после госпитализаций в отделения терапевтического профиля при необходимости продления срока стационарного лечения пациентов со старческой астенией, нуждающихся в восстановлении способности к самообслуживанию;
- ✓ Отделение может использоваться в качестве клинической и научной базы образовательных и научных организаций.



Основные задачи:

III уровень (Федеральный)

1. Организационно-методическая деятельность:

- Организация гериатрической службы как единой системы за счет улучшения координации между службами здравоохранения и социальной защиты, а также между различными уровнями системы здравоохранения в их деятельности по оказанию помощи пожилым;
- Разработка стандартов оказания медицинской помощи пожилым по нозологиям;
- Оценка медицинского, социального эффекта и экономической эффективности деятельности гериатрической службы.

2. Научная деятельность:

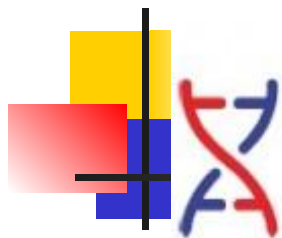
- Фундаментальные и прикладные исследования в области геронтологии, изучающие механизмы старения и пути продления жизни;
- Организация национальных клинических исследований и участие в международных клинических исследованиях в области геронтологии и гериатрии.

3. Лечебно-диагностическая деятельность:

- Разработка и апробация современных моделей оказания гериатрической помощи в стационарных и амбулаторных условиях;
- Апробация современных методов реабилитации у пожилых;
- Внедрение мер, направленных на снижение риска заболеваний, улучшение функционального состояния организма пожилого человека, содействие его физической активности и вовлечению в систему социальных отношений в целях уменьшения нагрузки на систему здравоохранения.

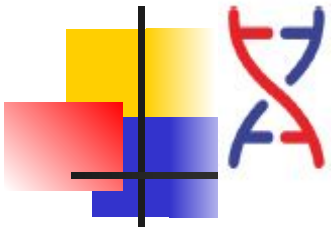
4. Образовательная деятельность:

- Организация единой системы подготовки (переподготовки) медицинских кадров, работающих с пожилыми;
- Подготовка педагогических кадров для преподавания геронтологии и гериатрии;
- Издательская деятельность.



Оптимизация механизмов финансового обеспечения медицинской помощи в системе обязательного медицинского страхования пациентов пожилого возраста

Введение коэффициента сложности курации пациентов в стандарты гериатрической помощи не только с учетом возраста, но и наличия зависимости, функциональной полноценности и комплекса возраст-ассоциированных заболеваний и состояний.



Организация взаимодействия между органами здравоохранения и социальной защиты

- ✓ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 889н от 18.11.2014 г. «Об утверждении рекомендаций по организации межведомственного взаимодействия исполнительных органов государственной власти субъектов РФ при предоставлении социальных услуг, а также при содействии в предоставлении медицинской, психологической, педагогической, юридической, социальной помощи, не относящейся к социальным услугам (социальном сопровождении)»
- ✓ ФЗ № 442 от 28.12.2013 г. «Об основах социального обслуживания граждан в Российской Федерации»
- ✓ Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ № 940н от 24.11.2014г. "Об утверждении Правил организации деятельности организаций социального обслуживания, их структурных подразделений"



Привлечение внимания гражданского общества к решению проблем пожилых людей

- ✓ Способствование открытости государственных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь пожилым людям, для общественности, готовой принять участие в организации различных форм заботы о пожилых гражданах (волонтёры, НКО)
- ✓ Содействие созданию дружественной инфраструктуры жизнедеятельности и психологической атмосферы для пожилых людей с инвалидностью и их посильной активизации





Ожидаемые результаты расширения и оптимизации медицинской помощи пожилым

Обеспечение комплексности, доступности, эффективности медико-социальной помощи пожилым

Сокращение:

- ✓ *нагрузки на семейного врача на 11%*
- ✓ *количества и длительности госпитализаций на 18% и 10%, соответственно*
- ✓ *институализации на 23%*
- ✓ *косвенных потерь, связанных с необходимостью ухода трудоспособными родственниками*
- ✓ *количества необоснованных диагностических и лечебных вмешательств*
- ✓ *затрат на лекарства как государства, так и пожилого пациента*

Ожидаемое снижение смертности на 16,3-19%

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЙ СТАНДАРТ

Врач – гериатр

(наименование профессионального стандарта)

Регистрационный номер

Содержание

I. Общие сведения	1
II. Описание трудовых функций, входящих в профессиональный стандарт (функциональная карта вида профессиональной деятельности)	2
III. Характеристика обобщенных трудовых функций	3
3.1. Обобщенная трудовая функция «Оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста по профилю «гериатрия»	3
IV. Сведения об организациях – разработчиках профессионального стандарта	19

I. Общие сведения

Врачебная практика в области гериатрии

(наименование вида профессиональной деятельности)

Код

Основная цель вида профессиональной деятельности:

Оказание медицинской помощи пациентам пожилого и старческого возраста при наличии старческой астении с целью сохранения или восстановления их способности к самообслуживанию, физической и функциональной активности, независимости от посторонней помощи в повседневной жизни

Группа занятий:

- Специальность "Гериатрия" может быть получена выпускниками лечебных и педиатрических факультетов медицинских вузов в ординатуре
- при наличии послевузовского профессионального образования по специальностям "Терапия" или "Общая врачебная практика (семейная медицина)" путем профессиональной переподготовки (3,5 - 4 месяца)





Подготовка кадров в гериатрии

- В настоящее время в России **20 кафедр**, осуществляющих подготовку специалистов в области гериатрии
- **Более 7000 врачей** получили образование в области гериатрии
- Разрабатывается **профессиональный стандарт** и модифицируются **образовательные программы** по гериатрии в соответствии с современным состоянием проблемы
- Началась подготовка **врачей первичного звена** здравоохранения по программам дополнительного профессионального образования по направлению «гериатрия», а **медицинских сестер** – по направлению «сестринское дело в гериатрии»
- Развиваются программы подготовки **специалистов по уходу**, в том числе со средним образованием и без медицинского образования, а также **других специалистов**, работающих с гражданами пожилого возраста (психологов, социальных работников/специалистов по социальной работе), по направлению «социальная и психологическая помощь в гериатрии».



**Благодарю
за
внимание!**