



## СОВЕРШЕНСТВОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ КОМПЛЕКСНОЙ ГЕРИАТРИЧЕСКОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Мусаева Олтиной Туйчиевна<sup>1</sup>, Ризаев Жасур Алимджанович<sup>2</sup>,  
Халилова Барчиной Расуловна<sup>3</sup>

<sup>1,2</sup> Самаркандский Государственный Медицинский Университет

<sup>3</sup> Ферганский Медицинский институт Общественного здоровья

<https://doi.org/10.5281/zenodo.7180403>

### ARTICLE INFO

Received: 01<sup>st</sup> October 2022

Accepted: 05<sup>th</sup> October 2022

Online: 10<sup>th</sup> October 2022

### KEY WORDS

Старение населения,  
гериатрия, организация  
комплексной медицинской  
помощи, Всемирная  
организация  
здравоохранения,  
совершенствование,  
интегрированный уход за  
пожилыми людьми

### ABSTRACT

*Во всем мире население стареет. Пожилые люди, особенно центурионы, представляют собой наиболее быстрорастущий сектор и считаются успехом общества. Но не все стареют успешно и обладают крепким здоровьем. Многие пожилые люди имеют многочисленные хронические медицинские, физические, психические, психологические и социальные проблемы. Это может привести к снижению качества жизни, увеличению затрат и ухудшению результатов в отношении здоровья, включая повышение смертности. Хронические заболевания связаны с инвалидностью и низким, по самооценке, общим состоянием здоровья. Кроме того, физиологические изменения старения и вытекающая из этого потеря функционального резерва систем органов приводят к увеличению инвалидности и зависимости. Таким образом, гериатрическая медицина может потребовать более целостного подхода, чем общая медицина для взрослых.*

Имеющиеся данные показывают, что интегрированная медицинская и социальная помощь пожилым людям улучшает здоровье при затратах, эквивалентных традиционным услугам. Таким образом обеспечивая лучшую отдачу от инвестиций, чем более традиционные методы работы. Кроме того, пожилые люди могут дольше участвовать и вносить свой вклад в жизнь общества. Интеграция на уровне клинической помощи особенно важна:

пожилые люди должны пройти всестороннее обследование с целью оптимизации функциональных возможностей, а планы ухода должны быть распространены среди всех поставщиков медицинских услуг. На уровне системы здравоохранения комплексная помощь требует: поддерживающей политики, планов и нормативно-правовой базы; развитие рабочей силы; инвестиции в информационные и коммуникационные



технологии; и использование объединенных бюджетов, пакетных платежей и договорных стимулов. Тем не менее, действия могут быть предприняты на всех уровнях здравоохранения, от поставщиков первой помощи до руководителей высшего звена — каждый должен сыграть свою роль.

В 2015 году Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) опубликовала первый Всемирный доклад о старении и здоровье. (1) За этим последовало принятие Всемирной ассамблеей здравоохранения в 2016 г. Глобальной стратегии и плана действий по проблемам старения и здоровья (2), в которых содержится четкий мандат на действия в секторах здравоохранения и социального обеспечения. Оба документа отражают новую концептуальную модель здорового старения, которая строится на функциональной способности пожилых людей делать то, что для них важно, а не на отсутствии болезней. В то же время через Организацию Объединенных Наций государства-члены приняли Повестку дня в области устойчивого развития на период до 2030 г. обещая, что никто не будет забыт и что каждый человек будет иметь равные возможности для достойной реализации своего потенциала (3).

Эти документы призывают к серьезным реформам систем здравоохранения и долгосрочного ухода, а также к коренным изменениям в направленности клинической помощи пожилым людям. Вместо того, чтобы пытаться управлять целым рядом заболеваний и лечить отдельные симптомы разрозненным

образом, Всемирный доклад о старении и здоровье (1) предлагает уделять приоритетное внимание вмешательствам, которые оптимизируют физические и умственные способности пожилых людей на протяжении всей их жизни. Это, в свою очередь, требует изменения способа организации медицинских и социальных услуг: должна быть более тесная интеграция в системе здравоохранения и между службами здравоохранения и социальной помощи. В этом документе мы обсуждаем подход ВОЗ к интегрированной медицинской помощи пожилым людям. Однако интеграция систем здравоохранения и долгосрочного ухода выходит за рамки его задач.

С возрастом проблемы со здоровьем становятся более хроническими и сложными, а мультиморбидность, то есть наличие нескольких хронических состояний одновременно, становится нормой, а не исключением. Физические, сенсорные и когнитивные нарушения становятся более распространенными, и у пожилых людей могут развиваться сложные состояния здоровья, такие как слабость, недержание мочи и повышенный риск падения. Эти состояния здоровья не могут быть помещены в отдельные категории болезней. Риск наличия множественных неинфекционных состояний здоровья также увеличивается с возрастом, и, если не принять надлежащих мер путем надежной координации помощи, эти состояния могут привести к полипрагмазии, госпитализации и смерти.



Предоставление ухода за пожилыми людьми с многочисленными проблемами со здоровьем соразмерно сложно. Многочисленные медицинские работники могут быть привлечены к оказанию помощи одному человеку, особенно в странах, где медицинские специалисты широко доступны. Тем не менее, многие существующие системы здравоохранения решают вопросы здравоохранения разрозненно и фрагментарно, и отсутствует координация между поставщиками медицинских услуг и условиями, а также в отношении сроков оказания помощи. В одном опросе пожилых людей в 11 странах с высоким уровнем дохода до 41% сообщили о проблемах с координацией помощи за последние два года. (4) Такая фрагментация может привести к тому, что здравоохранение не только не сможет адекватно удовлетворить потребности пожилых людей, но и приведет к существенным расходам, которых можно избежать, как для пожилых людей, так и для системы здравоохранения. (5)

Пожилым людям часто трудно пользоваться услугами здравоохранения, даже если они доступны. В странах с низким уровнем дохода и уровнем дохода ниже среднего пожилые люди пользуются услугами здравоохранения значительно реже, чем молодые люди, несмотря на более слабое здоровье. (7) Самыми большими препятствиями для обращения за медицинской помощью, по-видимому, являются стоимость визитов к врачу и трудности с транспортом: более 60% пожилых людей в странах с низким уровнем дохода не обращались за медицинской помощью из-за стоимости

визита, отсутствия перевозки или невозможности оплаты перевозки.<sup>1</sup> Пожилые люди, живущие в сельской местности, могут иметь особые проблемы с транспортом, поскольку услуги по уходу часто сосредоточены в крупных городах, вдали от их домов и сообществ. Следовательно, необходимы многосекторальные действия с участием транспортного сектора в дополнение к социальной помощи. (5,8) Кроме того, службы здравоохранения могли бы располагаться ближе к местам проживания пожилых людей.

Другие широко распространенные препятствия для доступа возникают из-за того, что службы здравоохранения не принимают во внимание ограничения физических возможностей, свойственные пожилым людям. Может быть нехватка доступных туалетов, длинные очереди, физические барьеры для доступа и барьеры для общения в результате неадекватного предоставления информации людям с нарушениями слуха или зрения. Длительное время ожидания и очереди могут быть особенно сложными для пожилых людей с ограниченными физическими возможностями, ограниченной подвижностью или недержанием мочи. (9, 10) Еще одним важным фактором, препятствующим обращению пожилых людей за медицинской помощью или приводящим к их отказу от услуг здравоохранения, является отношение к возрасту, широко распространенное во многих обществах, даже среди медицинских работников.

Повсеместное распространение этих барьеров означает, что, помимо



улучшения координации помощи, комплексные медицинские услуги должны быть адаптированы к конкретным потребностям пожилых людей – услуги должны предоставляться без дискриминации по возрасту, близости от места проживания людей и в пределах инфраструктура, дружелюбная к пожилым людям. Имеющиеся данные свидетельствуют о том, что интегрированная медицинская помощь способствует улучшению состояния здоровья пожилых людей при стоимости, эквивалентной обычной помощи. Комплексное медицинское обслуживание обеспечивает более высокую отдачу от инвестиций, чем более привычные способы работы, и помогает пожилым людям продолжать участвовать в жизни общества и вносить свой вклад в него.

Предоставление интегрированных медицинских услуг, ориентированных на возраст, требует изменения структуры систем здравоохранения. Услуги должны быть ориентированы на потребности пожилых людей, а не на потребности самих услуг. И им придется служить пожилым людям с высоким и стабильным уровнем внутренней дееспособности, людям со снижающейся дееспособностью и тем, чья дееспособность ухудшилась до такой степени, что они нуждаются в заботе и поддержке других. Внутренние способности определяются ВОЗ как сочетание физических и умственных (включая психосоциальные) способностей человека. Функциональная способность, напротив, связана с

комбинацией и взаимодействием внутренней способности человека и характеристик среды, в которой он или она обитает.

Также необходим сдвиг в характере ухода, который получают пожилые люди: от сосредоточения внимания исключительно на ведении конкретных заболеваний и состояний к уходу, направленному на оптимизацию индивидуальной жизнеспособности пожилых людей на протяжении всей их жизни. Цель состоит не в том, чтобы обесценить хорошее лечение заболеваний, а в том, чтобы подчеркнуть, что физические и умственные способности пожилых людей должны быть в центре внимания и отправной точкой для скоординированных медицинских вмешательств.

Многие люди достигают точки в пожилом возрасте, когда они больше не могут выполнять основные задачи повседневной жизни без посторонней помощи. Они достигают стадии зависимости от ухода, которая в первую очередь решается с помощью систем долгосрочного ухода. Тем не менее, системы здравоохранения по-прежнему важны для людей с серьезной потерей трудоспособности — этим людям может потребоваться постоянное лечение болезни, реабилитация или паллиативная помощь и помощь в конце жизни. Кроме того, системы здравоохранения должны обеспечивать своевременный доступ к первичной, специализированной и неотложной помощи, когда это необходимо. Имеются данные о том, что специализированные, неотложные и гериатрические отделения могут оказывать более



качественную помощь с более коротким пребыванием в больнице и меньшими затратами. (12,13)

Разработаны и используются в разных частях мира многочисленные схемы организации ухода за пожилыми людьми. (13,14) Кроме того, на международном уровне были разработаны и внедрены модели лечения хронических заболеваний, которые имеют общие черты с моделями, разработанными для пожилых людей. (15-16) Хотя полный обзор этих моделей выходит за рамки настоящего документа, они имеют много общего с предлагаемым ВОЗ подходом к комплексной медицинской помощи пожилым людям, включая: стандартизированные оценки и планы ухода, общие для всех поставщиков услуг; совместное принятие решений и постановка целей; поддержка самоуправления; междисциплинарные команды; унифицированные системы обмена информацией или данными; общественные связи или интеграция; и поддерживающее лидерство, механизмы управления и финансирования.

Существуют некоторые небольшие различия между моделями, которые, вероятно, возникли из-за разных условий, в которых они были разработаны, или из-за различий в их предполагаемых приложениях. Например, существуют различия в целевых результатах моделей, в положении и значимости социальных услуг в модели и в относительном акценте на макро- мезо- и микроуровнях. Важно отметить, что подход ВОЗ ставит пожилого человека в центр оказания услуг; другие модели

могут учитывать семьи, медицинских работников и членов сообщества. (17) Кроме того, в подходе ВОЗ особое внимание уделяется интеграции на уровне клинической помощи, хотя также важны действия на макроуровне, включая элементы системы здравоохранения.

В целом подход ВОЗ к комплексной медицинской помощи пожилым людям соответствует более общей концепции ВОЗ в отношении интегрированных, ориентированных на нужды людей услуг здравоохранения, которая была принята Шестидесят девятой сессией Всемирной ассамблеи здравоохранения в 2016 г. Эта концепция требует изменения способы финансирования, управления и предоставления медицинских услуг и предлагает пять взаимозависимых стратегий, которые необходимо реализовать, чтобы сделать службы здравоохранения более ориентированными на нужды людей и интегрированными: привлечение и расширение прав и возможностей людей и сообществ; усиление управления и подотчетности; переориентация модели ухода; координация услуг внутри и между секторами; и создание благоприятной среды. В частности, руководство ВОЗ по комплексному медицинскому обслуживанию пожилых людей отвечает требованию основывать приоритеты обслуживания на потребностях человека на протяжении всей его жизни, как это отражено в стратегии рамочной программы ВОЗ по комплексному медицинскому обслуживанию, ориентированному на нужды людей. (18)

ЗадOCUMENTИРОВАННЫХ примеров комплексного ухода за пожилыми



людьми немного, особенно в странах с низким и средним уровнем дохода. Несколько примеров были отмечены во Всемирном докладе о старении и здоровье (1), но большинство из них были сосредоточены на конкретном аспекте здоровья пожилых людей или системы ухода и не применяли действительно всеобъемлющий подход к изменению медицинского обслуживания пожилых людей.

Кроме того, трудно оценивать или сравнивать различные программы, поскольку имеется мало прямых данных о том, как интегрированная медицинская помощь предоставлялась пожилым людям, или о ее масштабах. Часто терминология различается между программами, как и диапазон факторов, которые должны быть включены в анализ или исключены из него. Одним из ключевых вопросов является различие между комплексной помощью (которая может рассматриваться как включающая социальную помощь) и комплексной медико-санитарной помощью. Имеющаяся в настоящее время информация получена в основном из тематических исследований, которые демонстрируют большие различия в том, как на практике осуществлялась комплексная помощь, и в том, как оценивались программы.

По-видимому, несколько факторов ограничивают широкое внедрение комплексного ухода за пожилыми людьми, в том числе отсутствие политической воли, пробелы в общих знаниях об интегрированном уходе, проблемы с внедрением и недостаточный обмен опытом в области

комплексного ухода на международном уровне.

Неотъемлемая сложность организации и предоставления скоординированной помощи большому пожилому населению может обескуражить и подорвать усилия по внедрению и расширению программ. Кроме того, поскольку пожилые люди значительно различаются по уровню индивидуальной жизнеспособности, необходимо обеспечить доступность и целенаправленность широкого спектра клинических вмешательств. Кроме того, возможности пожилых людей могут быстро меняться, а это означает, что система ухода должна быть в состоянии быстро реагировать на изменения в потребностях с помощью обновленных планов ухода и услуг. Кроме того, любая реформа системы ухода, направленная на обеспечение действительно интегрированного, ориентированного на человека ухода за пожилыми людьми, должна включать в себя ряд различных организаций и поставщиков, включая поставщиков медицинских и социальных услуг, а также поставщиков в таких секторах, как транспорт.

Еще одной проблемой является отсутствие доказательств того, что интегрированный уход за пожилыми людьми может привести к экономии средств. На сегодняшний день исследования показали, что скоординированная помощь не требует затрат — интегрированная, ориентированная на человека помощь может предоставляться примерно по той же цене, что и стандартная помощь. Отсутствие доказуемого влияния на стоимость может привести к



еще большему нежеланию лиц, принимающих решения, рассматривать интегрированную помощь. Однако важно отметить, что хотя первоначальные инвестиции (например, в обучение и дополнительный персонал) необходимы, в среднесрочной и долгосрочной перспективе следует ожидать экономии средств, например, за счет меньшего дублирования и лучшей координации деятельности.

В целом акцент в клинической помощи пожилым людям должен претерпевать фундаментальные изменения. Это не означает, что существующие организационные структуры должны быть объединены, а скорее, что широкий спектр поставщиков услуг должен работать вместе скоординированным образом. Накопленный на сегодняшний день опыт показывает, что в большинстве программ, предназначенных для обеспечения комплексного ухода за пожилыми людьми, применялся восходящий подход к изменениям и поддерживались политикой более высокого уровня и

механизмами совместного финансирования и подотчетности внутри групп. Тем не менее было проведено мало оценок этих программ, и мало внимания уделялось тому, как их можно адаптировать к условиям с ограниченными ресурсами. Кроме того, отсутствие консенсуса в отношении определений и показателей результатов еще более затрудняет получение однозначных выводов на основе прошлого опыта.

В заключение, достижение целей глобальной стратегии и плана действий ВОЗ в отношении старения и здоровья (2) требует политической приверженности комплексной медицинской помощи пожилым людям, разработки согласованной политики в отношении систем здравоохранения и нормативного руководства по осуществлению и оценке комплексной медицинской помощи как на национальном и международном уровнях.

## References:

1. Всемирный доклад о старении и здоровье. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2015.
2. Всемирный доклад о старении и здоровье / Всемирная организация здравоохранения; Пер. с англ. - Швейцария: Женева; ВОЗ, 2016.
3. Резолюция A/RES/70/1. Преобразование нашего мира: повестка дня в области устойчивого развития на период до 2030 года. Опубликовано: Семидесятая сессия Генеральной Ассамблеи Организации Объединенных Наций, Нью-Йорк, 25 сентября 2015 г. Нью-Йорк: Организация Объединенных Наций; 2015.
4. Осборн Р., Молдс Д., Сквайрс Д., Доти М.М., Андерсон С. Международный опрос пожилых людей выявил недостатки в доступе, координации и ориентированном на пациента уходе. . 2014.



5. Нолте Э., Питчфорт Э. Резюме политики II: Каковы данные об экономическом воздействии интегрированной помощи? Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2014 г.
6. Пономарева, И.П. Современная стратегия паллиативной помощи в гериатрии / И.П. Пономарева // Медицинская сестра. - 2015. - № 4.
7. Боулт, К., Грин, А.Ф., Боулт, Л.Б., Пакала, Дж.Т., Снайдер, К., и Лефф, Б. (2009). Успешные модели всестороннего ухода за пожилыми людьми с хроническими заболеваниями: данные для отчета Института медицины «Переоснащение для стареющей Америки». Журнал Американского гериатрического общества, 57 (12),
8. Современные методы борьбы с полипрагмазией у пациентов пожилого и старческого возраста / Д.А. Сычев [и др.] // Сибирское мед. обозрение. - 2016. - № 2 (98)
9. Коднер, Д.Л., и Шпреувенберг, К. (2002). Интегрированная помощь: значение, логика, приложения и выводы – дискуссионный документ. International Journal of Integrated Care, 2, 10.5334/ijic.67
10. Прощаев, К.И. Избранные лекции по гериатрии / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, С.С. Коновалов. - Санкт-Петербург: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2008.
11. Дело каждого. Укрепление систем здравоохранения для улучшения показателей здоровья. Основа действий ВОЗ. Женева: Всемирная организация здравоохранения; 2007.
12. Гудвин Н., Сонола Л., Тиль В., Коднер Д.Л. Координированная помощь людям со сложными хроническими заболеваниями. Лондон: Королевский фонд; 2013
13. Архипова О.В. Обучение как условие успешной адаптации пожилых людей в стационарных условиях: Актуальные проблемы психологического знания 2011; (2): 99105.
14. Polotovich, M. D. (2022). Teaching Specialty Subjects Improvement Methodology. Miasto Przyszłości, 25, 345-353.
15. Po'lotovich, M. D., & Bobur o'g'li, A. B. (2022). QISHLOQ VA SUV XO 'JALIGIDA ELEKTRLASHTIRISH VA AVTOMATLASHTIRISH TIZIMLARINI O 'RNI. Results of National Scientific Research, 1(3), 123-125.
16. Po'lotovich, M. D., & Bobur o'g'li, A. B. (2022). MUQOBIL ENERGIYA MANBALARINI ENERGIYA ZAHIRALARIDAGI O'RNI. Results of National Scientific Research, 1(3), 119-122.
17. Mirzoev, D. P. (2021). SPECIALIZATION IN HIGHER EDUCATIONAL INSTITUTIONS TEACHING SUBJECTS. World Bulletin of Social Sciences, 4(11), 115-119.
18. Бобоназаров, Г. Я., & Омонова, Н. Р. (2021). OZBEKISTONDA YIRIK SHOHLI QORAMOLLAR TERI OSTI OQRASI HYPODERMA BOVUS (DIPTERA) ORGANILISHIGA DOIR. Журнал Биологии и Экологии, 3(1).
19. Hamzayeva, N., Bobonazarov, G., & Jumanazarov, A. (2020). SIRTUIN AND NUTRITIONAL HORMESIS. InterConf.
20. Алексеева Г.С., Трифонова Н.Ю., Вирясов А.В., Лившиц С.А. Обоснование организации возраст-ориентированной модели оказания медицинской помощи женщинам пожилого возраста с недержанием мочи: Социальные аспекты здоровья населения. Электронный журнал 2014; (6) <http://vestnik.mednet.ru>.



21. Дёмин А.В. Функциональные особенности пострурального контроля у мужчин пожилого и старческого возраста в зависимости от возрастной самооценки: Врач-аспирант 2011; (2): 172-179.
22. Musayeva, O. T., & Khalilova, B. R. (2022, September). AGING AS A FIELD OF SCIENTIFIC RESEARCH AND ORGANIZATION OF GERIATRIC MEDICAL CARE. In INTERNATIONAL CONFERENCE: PROBLEMS AND SCIENTIFIC SOLUTIONS. (Vol. 1, No. 4, pp. 89-93).
23. Tuychievna, M. O., & Rasulovna, K. B. (2022). The main criteria for a healthy lifestyle among the population. INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL SCIENCE & INTERDISCIPLINARY RESEARCH ISSN: 2277-3630 Impact factor: 7.429, 11(09), 48-53.
24. Мусаева, О. Т., & Халилова, Б. Р. (2022). Основы Здорового Образа Жизни Среди Населения-Главная Критерия Качество Жизни. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(5), 223-229.
25. Мусаева, О. Т., Шеркузиева, Г. Ф., Исмоилова, У. Б., & Эргашева, Ш. К. Specific features of diffuse nontoxic goiter during pregnancy Musaeva O., Sherkuzieva G. 2, Ismoilova U. 3, Jergasheva Sh. 4 (Republic of Uzbekistan) Особенности течения диффузного нетоксического зоба во время беременности. Главный редактор научно-исследовательского журнала «International scientific review», Вальцев СВ, 97.
26. Мусаева, О. Т., Маматкулов, Б. М., Касимова, Д. А., & Пулатов, А. А. (1998). Thyroid function in pregnant women with diffuse euthyroid goiter Musaeva O., Mamatkulov B. 2, Kasimova D. 3, Pulatov A. 4 (Republic of Uzbekistan) Тиреоидная функция у беременных женщин с диффузным эутиреоидным зобом. EUROPEAN RESEARCH: INNOVATION IN SCIENCE, EDUCATION AND TECHNOLOGY, (1), 97.
27. KHALILOVA, B. EFFECT OF ODONTOGENIC INFECTION TO PREGNANT WOMEN. ЭКОНОМИКА, 137-140.
28. Musayeva, O. T., & Khalilova, B. R. (2022, September). AGING AS A FIELD OF SCIENTIFIC RESEARCH AND ORGANIZATION OF GERIATRIC MEDICAL CARE. In INTERNATIONAL CONFERENCE: PROBLEMS AND SCIENTIFIC SOLUTIONS. (Vol. 1, No. 4, pp. 89-93).
29. Tuychievna, M. O., & Rasulovna, K. B. (2022). The main criteria for a healthy lifestyle among the population. INTERNATIONAL JOURNAL OF SOCIAL SCIENCE & INTERDISCIPLINARY RESEARCH ISSN: 2277-3630 Impact factor: 7.429, 11(09), 48-53.
30. Мусаева, О. Т., & Халилова, Б. Р. (2022). Основы Здорового Образа Жизни Среди Населения-Главная Критерия Качество Жизни. Central Asian Journal of Medical and Natural Science, 3(5), 223-229.