

Таким образом, омега-3 ПНЖК могут с успехом использоваться на всех стадиях развития опухолевого процесса. Для эффективной профилактики атеросклероза рекомендуется принимать 300 мг омега-3 ПНЖК в день (В. Н. Титов, 1999). Вероятно, в такой дозе следует применять полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа длительное время - в течение многих лет для первичной профилактики рака. В мировой онкологии планируется проведение длительных интервенционных клинических испытаний по химиопрофилактике рака данных локализаций с помощью ПНЖК омега-3 типа (R. A. Siddiqui et al., 2007). Для вспомогательного лечения онкологических больных: повышения эффективности лучевой и химиотерапии, в период предоперационной подготовки и реабилитации, борьбы с раковой кахексией при генерализации опухолевого процесса, полиненасыщенные жирные кислоты омега-3 типа следует назначать в дозах не менее 1,8–2 г в день, в максимальных дозах — 13–18 г в день. При применении омега-3 ПНЖК в таких дозах возможны побочные и токсические эффекты: диарея, чувство желудочно-кишечного дискомфорта (С. Р. Burns et al., 1999).

Таким образом, в рамках решения задач по демографической безопасности, обогащение рациона белорусов омега-3 ПНЖК как за счет повышения потребления морепродуктов и льняного масла, так и за счет применения содержащих эти нутриенты лекарственных препаратов и БАД, может иметь выраженный профилактический эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. European Association for Cardiovascular Prevention & Rehabilitation, ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS) / Z. Reiner [et al.] // Eur. Heart J. — 2011. — Vol. 32(14). — P. 1769–1818.
2. Effect of n-3 polyunsaturated fatty acids in patients with chronic heart failure (the GISSI-HF trial): a randomised, double-blind, placebo-controlled trial / G. H. F. Investigators [et al.] // Lancet. — 2008. — Vol. 372(9645). — P. 1223–1230.
3. The effect on human tumor necrosis factor alpha and interleukin 1 beta production of diets enriched in n-3 fatty acids from vegetable oil or fish oil / G. E. Caughey [et al.] // Am J Clin Nutr. — Vol. 1996, № 63. — P. 116–122.
4. The effect of dietary supplementation with n-3 polyunsaturated fatty acids on the biosynthesis of interleukin-1 and tumor necrosis factor by mononuclear cells. / S. Endres [et al.] // N. Engl. J. Med. — 1989. — Vol. 320. — P. 265–271.
5. Pase, M. P. Do long-chain n-3 fatty acids reduce arterial stiffness? A meta-analysis of randomised controlled trials / M. P. Pase, N. A. Grima, J. Sarris // Br. J. Nutr. — 2011. — Vol. 106(7). — P. 974–980.

УДК 614.2 – 053.9 (476)

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПОЖИЛОМУ НАСЕЛЕНИЮ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

Подольяко В. А., Шаршакова Т. М., Подольяко А. В., Артеменко А. А.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В Республике Беларусь отрицательная динамика основных демографических показателей достигла критического уровня за последние полтора десятилетия. На начало 2013 г. доля населения в возрасте старше трудоспособного увеличилась с 21,3 % в 2001 г. до 23,5 %, что составляло более 2,28 млн человек. Среди них 1,532 млн (67 %) проживали в городе и 0,6962 млн (33 %) — в сельской местности, из них женщины составляли 71 %, мужчины — 29 % [1]. По прогнозным оценкам, в Беларуси к 2020 г. доля населения пенсионного возраста достигнет 27–28 %, что усугубит негативные социально-экономические последствия в виде уменьшения трудовых ресурсов страны и возрастания демографической нагрузки на трудоспособное население. В Гомельском регионе численность населения за последние 12 лет сократилась на 104500 человек (6,8 %), а в возрастной структуре наблюдается прогрессивное увеличение доли пожилых до 23,4 %, что составляло на начало 2013 г. 334741 человек, из них городские жители составляли 68,2 %, сельские — 31,8 %, на долю мужчин приходилось — 28,7 %, женщин — 71,3 % [8]. Необходимо отчетливо понимать, что де-

мографическими процессами нельзя управлять также легко, как другими социальными явлениями. В течение еще нескольких десятилетий нам предстоит жить и работать в условиях низкой рождаемости и старения населения. В силу исторической длительности решения проблемы сегодня на первый план должны выходить вопросы более эффективного использования человеческого потенциала.

Пожилые люди представляют собой многочисленную и весьма сложную социальную общность. К пожилым относятся самые разные люди: от относительно здоровых и крепких до глубоких стариков, обремененных недугами, выходцы из разных социальных слоев, имеющие разные уровни образования, квалификации и разные интересы. Одной из важнейших социальных проблем пожилых людей является одиночество, связанное с серьезными психологическими, социальными и медицинскими аспектами. По оценкам специалистов, около 14 % пожилых людей мира являются одиноко проживающими (8 % пожилых мужчин и 18 % пожилых женщин) [3, 9]. В Республике Беларусь по состоянию на 1 июля 2013 г. проживало 127,7 тыс. одиноких граждан пожилого возраста и 583,9 тыс. одиноко проживающих пожилых граждан. В условиях нашей страны, когда средняя продолжительность жизни женщин на 11 лет больше, чем у мужчин, пожилая семья, чаще всего заканчивается женским одиночеством. На начало 2013 года на 1000 мужчин в возрасте старше трудоспособного приходилось 2445 женщин. Одинокие пожилые люди нуждаются в специальной медико-социальной и психологической помощи. Материальное положение и участие пожилых людей на рынке труда — единственная проблема, которая может соперничать по своей значимости со здоровьем. Значительную долю людей, проживающих за чертой бедности, составляют именно пожилые люди, и их материальное положение — одна из важных социальных проблем. Социологические исследования свидетельствуют, что хотели бы продолжать работать 60 % пенсионеров. Статистика свидетельствует, что в Беларуси прослеживается отчетливый рост количества лиц старше трудоспособного возраста, занятых в экономике страны. Из 2,6 млн пенсионеров в 2013 г., почти 700,0 тыс. продолжали трудовую деятельность [4, 6]. Как одну из тяжелых проблем пожилых людей необходимо отметить жестокое обращение близких и родственников. С каждым годом увеличивается количество обращений пожилых людей за психологической помощью. Социальный статус пожилых людей, прежде всего, определяется состоянием их здоровья. В среднем на одного пожилого больного приходится 2–4, часто тяжелых, хронических заболевания. В связи с этим уровень заболеваемости у них в 2–3 раза, а у лиц старческого возраста в 6–8 раз выше, чем у лиц молодого и среднего возрастов. Нуждаемость в медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях у лиц старше 60 лет в 2–4 раза выше, чем у лиц трудоспособного возраста [3, 5, 7].

Известно, что медицинские и социальные службы направлены на оказание помощи широким слоям населения и уделяют недостаточно внимания специфическим нуждам пожилых людей. Одной из ключевых проблем для рационального планирования деятельности служб помощи пожилому населению является, в первую очередь, недостаточная информация о проблемах и потребностях в такой помощи, специфической для этого возраста и, во-вторых, о функционировании системы помощи пожилым людям в целом. Пожилые люди, по нашему мнению, наряду с оказанием им медико-социальной помощи нуждаются в проведении всесторонней медико-социальной реабилитации.

Результаты исследования

На кафедре общественного здоровья и здравоохранения проведено исследование медицинских и социальных проблем и потребностей в медико-социальной помощи пожилых людей, проживающих в Гомельском регионе. Сбор данных проводился на основе структурированной анкеты, вопросы были направлены на получение информации об условиях жизни, состоянии здоровья, функциональных возможностях и потребностях в медицинских и социальных услугах пожилыми людьми. Полученные и сведенные в электронную базу данные, обработаны с использованием пакета прикладного программного обеспечения «Statsoft Statistica», v.8.0.

В исследование включены результаты анкетирования 104 человек в возрасте от 62 до 88 лет, средний возраст составил 75 лет. Среди опрошенных мужчин было 12 чел. (11,5 %), женщин — 92 чел. (88,5 %). Половина участников исследования проживала в городской местности. Среди опрошенных 38 % имели неполное среднее образование, среднее — 25 %, среднее специальное — 27 %, высшее — 10 %. Доля респондентов, не являвшихся инвалидами составила 70 %, с 1 группой — 3 %, со 2 группой — 19 %, с 3 группой — 8 %. Одинокими являлись 44 % респондентов, проживали с супругом (-ой) — 24 %, с родственниками — 29 %. В сельской местности проживали достоверно более старые люди, чем в городской. Выявлены также статистически значимые различия в более высоком уровне образования у проживающих в городской местности ($\chi^2 = 14,558$; $p = 0,002$). В сельской местности одинокими проживали 52 % опрошенных, тогда как в городе только 36 %.

В рамках исследования респонденты дали собственную оценку своего здоровья. Лишь 4 % респондентов оценили состояние своего здоровья как хорошее, оценивающих состояние здоровья как среднее — 58 %, как плохое — 38 %. Причем чаще оценивали свое здоровье как плохое, чем женщины, с возрастом, доля оценивающих свое здоровье как плохое возрастала. В целом 42 % городских и 32 % сельских жителей оценили свое здоровье как плохое. У 50 % мужчин и 93,5 % женщин имелось как минимум одно хроническое заболевание, влияющее на их повседневную деятельность. Три и более хронических заболеваний отметили 25 % мужчин и 32,6 % женщин. Среди опрошенных 97,2 % принимали лекарства, причем 4 и более лекарств принимают 1/4 опрошенных мужчин и 1/3 женщин. За последние 12 месяцев за медицинской помощью в поликлинику обращались 90 % участников исследования, медиана количества обращений в поликлинику составила 3 (1;4,5) раза в год. Третья часть мужчин за последние 12 месяцев посещала поликлинику 6 раз и более, среди женщин таких было 17 %. Жители городской местности статистически значимо чаще посещали поликлинику ($Z = 2,740$; $p = 0,006$).

Изучая обслуживание пожилых людей на дому, выявлено что ни одного посещения медработниками на дому за последние 12 месяцев не было произведено у 55 % респондентов. Из тех, кого на дому посещали работники поликлиники, в 66 % случаев посещения были произведены только врачом, в 11 % — медсестрой и в 21 % совместно. Потребность в посещениях на дому выявлена у 45 % опрошенных. Причем большую потребность в посещениях на дому испытывают мужчины (50 %), чем женщины (44 %). Потребность в посещениях врачом испытывали 28 %, медсестрой — 21 % респондентов. Выявлена потребность в консультациях по телефону у 50 % опрошенных, причем консультацию врача предпочитают получить 74 %. Большую потребность в телефонных консультациях испытывают сельские жители (58 %). 30 % респондентов не испытывают трудностей с тем, чтобы попасть на прием к врачу, 41 % испытывают затруднения, а 29 % считают, что попасть к врачу невозможно. При посещении поликлиники 70 % респондентов ответили, что им приходится долго ожидать в очереди. За последние 12 месяцев 62 % опрошенных госпитализировались, из них 52 % были госпитализированы в экстренном порядке.

Оценивая функциональные возможности пожилых людей, установлено, что испытывают трудности в повседневной жизни 83 % опрошенных. Наиболее частой трудностью является передвижение на дальние расстояния (76 %). Кроме того 33 % пожилых людей испытывают трудности при самостоятельной уборке квартиры, 31 % — при совершении покупок. Доля респондентов, испытывавших потребность в посторонней помощи при выполнении повседневной деятельности составляла 45 %. Статистически значимых различий в этой группе между респондентами из городской и сельской местности, а также в зависимости от возраста не выявлено. Помощь со стороны социальных работников оказывалась лишь 10 % респондентов (6 % городских и 14 % сельских жителей), в основном это были одинокие люди (70 %). Однако необходимо отметить, что такая помощь оказывалась лишь 15 % от общего числа одиноких респондентов. Во всех случаях социальную помощь опрошенные получали на дому. В исследовании также установлено, что 73 % пожилых респондентов испытывали потребность в общении. В целом потребность в оказании медицинской помощи испытывали 71 % участников исследования, психологической — 19 %, социальной — 17 %, юридической — 4 %. Статистически значимых различий между городскими и сельскими жителями, а также по полу не выявлено. Были выявлены статисти-

чески значимые различия ($p = 0,033$) по возрасту респондентов испытывавших (M_e — 79,5 лет) и не испытывавших (M_e — 74 года) потребности в оказании им социальной помощи.

Заключение

Большой удельный вес (23,5 %) пожилых, высокий уровень их заболеваемости, тяжесть патологии влечет за собой и увеличение потребностей в соответствующих ресурсах. Сегодня в оказании помощи пожилым людям имеет место двухзвеневой подход. С одной стороны медико-социальная помощь — одна из разновидностей помощи, как вида социального обслуживания населения, реализуемая организациями Министерства труда и социальной защиты. С другой — в системе здравоохранения реализуется медицинский подход к медико-социальной помощи пожилым людям, который по нашему мнению должен модифицироваться в систему «медико-социальной реабилитации».

Считаем необходимым различать эти два понятия в связи с их характером временной направленности. Реабилитационный подход к пожилым людям содержит в себе, прежде всего, позитивный прогностический, а также профилактический потенциал. Концепцию медико-социальной реабилитации пожилых людей необходимо развивать в рамках реабилитационных гериатрических центров, отделений на всех этапах. Сегодня можно отметить недостаточное сотрудничество, координацию и межпрофессиональное взаимодействие медицинских, социальных служб, общественных организаций, частнопредпринимательских структур в оказании медико-социальной помощи пожилым людям [9]. Эффективное планирование деятельности должно основываться на знаниях и информации о специфических проблемах и потребности в помощи, специфической для пожилого возраста.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беларусь в цифрах: стат. справочник. — Минск, 2013 // [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 06.12.2013.
2. Вульф, Л. С. Одиночество пожилых людей / Л. С. Вульф // Социальное обеспечение. — 1998. — № 5. — С. 15–17.
3. Выявление, динамическое наблюдение и реабилитация больных пожилого и старческого возраста: метод. рекомендации Министерства здравоохранения Республики Беларусь № 192-0012 от 28.12.2000 г.
4. Женщины и мужчины Республики Беларусь: стат. сборник. — Минск, 2010. [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 18.10.2010.
5. Матвейчик, Т. В. Проблемы первичной медицинской помощи больным пожилого и старческого возраста / Т. В. Матвейчик // Актуальные проблемы оказания медицинской и социальной помощи населению: сб. матер. Респ. науч.-практ. конф. (Минск, 2 ноября 2010 г.). — Минск: Белпринт, 2010. — С. 127–133.
6. Подоляко, В. А. Особенности трудовых ресурсов и показателей трудовой активности лиц старше трудоспособного возраста в Республике Беларусь и Гомельской области / В. А. Подоляко, Т. М. Шаршакова, И. А. Чешик // Актуальные проблемы медицины: сб. науч. ст. респ. науч.-практ. конф. — Гомель, 2011. — Т. 3. — С. 168–172.
7. Пристром, М. С. Терапия и реабилитация сердечно-сосудистых заболеваний у пожилых людей / М. С. Пристром, С. Л. Пристром, В. Э. Сушинский. — Минск: Белорусская наука, 2007. — 415 с.
8. Регионы Республики Беларусь: стат. сборник. — Минск, 2013. — [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <http://www.belstat.gov.by>. — Дата доступа: 06.12.2013.
9. Шаршакова, Т. М. Построение оптимальной модели медико-социальной помощи пожилым в условиях реформирования здравоохранения / Т. М. Шаршакова, Н. А. Мазурёнок // Управление здравоохранением и обеспечение демографической безопасности Республики Беларусь: материалы респ. науч.-практ. конф. (Минск, 28 июня 2007 г.) / редкол.: В. И. Жарко [и др.]. — Минск: БелМАПО, 2007. — С. 158–161.

УДК 614.2:616-084

МЕТА-АНАЛИЗ ОБЩЕЙ И СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СМЕРТНОСТИ В ПРОГРАММАХ МНОГОФАКТОРНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ИШЕМИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНИ СЕРДЦА

Полесский В. А., Гундаров И. А.

**Государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования
«Первый Московский государственный медицинский университет им. И. М. Сеченова»
г. Москва, Российская Федерация**

Введение

Снижение высокой смертности трудоспособного населения, в структуре которой около 60 % приходится на основные неинфекционные заболевания, является актуальной задачей здравоохранения многих стран. В решении этой проблемы мировым медицинским