

## МОНИТОРИНГ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ В ВОЛГОГРАДСКОЙ ОБЛАСТИ

*О. Ф. Девляшова, Т. С. Дьяченко, В. И. Сабанов*

*Волгоградский государственный медицинский университет,  
кафедра общественного здоровья и здравоохранения  
с курсом общественного здоровья и здравоохранения ФУВ*

В статье представлен анализ показателей заболеваемости и распространенности заболеваний, влияющих на репродуктивное здоровье детей и подростков в Волгоградской области в динамике за 2010—2012 гг. Приведены сведения о прерывании беременности в подростковом возрасте, а также об уровне заболеваемости инфекциями, передающимися преимущественно половым путем.

*Ключевые слова:* дети, подростки, уровень и структура заболеваемости, репродуктивное здоровье, аборт, инфекции, передаваемые преимущественно половым путем.

## MONITORING OF ADOLESCENT REPRODUCTIVE HEALTH IN THE VOLGOGRAD REGION

*O. F. Devlyashova, T. S. Dyachenko, V. I. Sabanov*

The article analyzed the progress of the indicators of morbidity and prevalence of the diseases affecting the reproductive health of children and adolescents in the Volgograd region in 2010—2012. It provided the data on pregnancy termination in adolescents as well as on the incidence of the infections which are mainly sexually transmitted.

*Key words:* children, adolescents, level and structure of morbidity, reproductive health, abortion, sexually transmitted infections.

Состояние здоровья детей и подростков и его специфические особенности во многом определяют репродуктивное здоровье населения в будущем. Репродуктивное здоровье, как и здоровье в целом, определяется социально-экономическим положением населения, экологическими условиями жизни, санитарной культурой населения, качеством и доступностью медицинской помощи. В настоящее время демографическая ситуация в России характеризуется негативными депопуляционными процессами. Для того чтобы сохранить численность населения, необходимо иметь здоровый репродуктивный потенциал. Ведущая роль в его стабилизации и положительной демографической динамике отводится молодому поколению. Репродуктивное здоровье детей и подростков является важной медико-социальной проблемой и требует к себе пристального внимания со стороны общества и государства.

### ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Изучить уровень и структуру заболеваний и патологических состояний, влияющих на репродуктивное здоровье детей и подростков в Волгоградской области в динамике за 2010—2012 гг.

### МЕТОДИКА ИССЛЕДОВАНИЯ

На основании сведений о числе заболеваний, зарегистрированных в медицинских организациях Волгоградской области в динамике за 2010—2012 гг. углубленно проанализирована общая и первичная заболеваемость детей до 14 лет и подростков 15—17 лет. Изучена

распространенность и структура патологических состояний, влияющих на репродуктивное здоровье детей и подростков. Уровень гинекологической заболеваемости девочек и девушек рассчитан на 1000 человек соответствующего возраста.

### РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

За исследуемый период в Волгоградской области численность детей от 0 до 17 лет постепенно растет. Положительная динамика происходит за счет увеличения числа детей в возрасте от 0 до 14 лет. В то же время отмечено обусловленное демографическим провалом в предшествующие годы снижение количества подростков (15—17 лет). Численность детей до 14 лет в Волгоградской области в 2010 г. составляла 380729, в 2011 г. — 384662 человека, в 2012 г. — 391013 человек. Численность подростков соответственно составляла 83990, 77659 и 72029 человек (рис. 1).

Показатели естественного движения населения в 2010—2012 гг. не обеспечивали положительного воспроизводства населения.

Суммарная первичная и общая заболеваемость детей и подростков в Волгоградской области за исследуемый период имеет тенденцию к росту. Первичная заболеваемость детей до 14 лет в 2010 г. составила 1814,8 ‰, в 2011 г. — 1830,9 ‰, в 2012 г. — 1838,2 ‰. Показатели первичной заболеваемости у юношей в 2010 г. находились на уровне 1216,4 ‰, в 2011 г. — 1260,5 ‰ и в 2012 г. — 1399,4 ‰, у девушек соответственно — 1359,1 ‰, 1342,4 ‰ и 1605,5 ‰. Таким образом, пер-

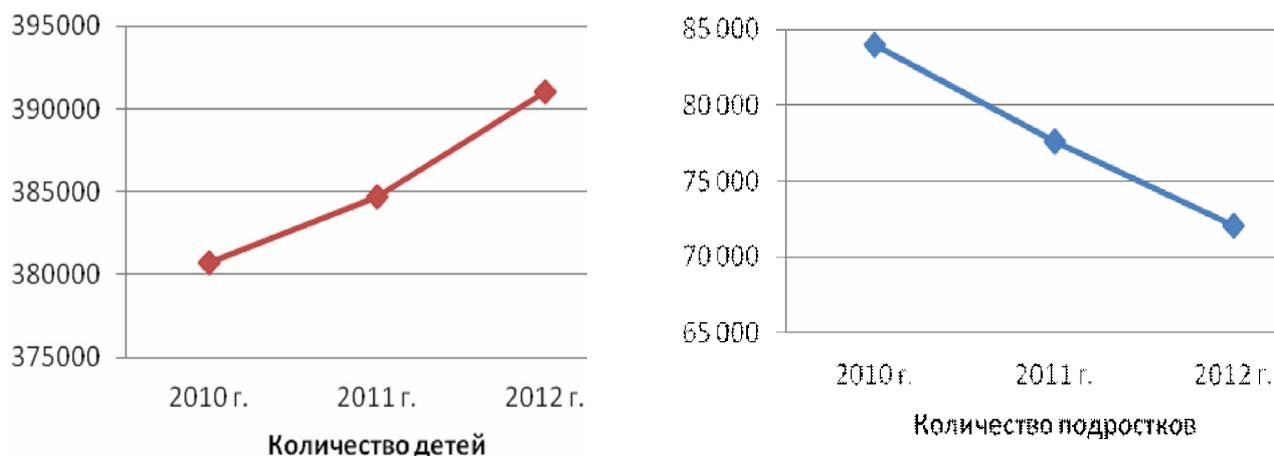


Рис. 1. Динамика численности детей и подростков в Волгоградской области в 2010—2012 гг.

вичная заболеваемость у детей до 14 лет выросла на 2,3 %, девушек — на 18,1 %, юношей — на 15 %.

Показатели общей заболеваемости детей до 14 лет выросли на 3,3 %, девушек — на 15,9 %, юно-

шей — на 16,6 %. Распространенность патологических состояний, влияющих на репродуктивное здоровье, и общая заболеваемость детей и подростков представлены в табл. 1.

Таблица 1

**Распространенность патологических состояний, влияющих на репродуктивное здоровье детей и подростков, на 1000 детского и подросткового населения Волгоградской области соответствующего пола**

Патологические состояния	2010 г.			2011 г.			2012 г.		
	0—14 лет	15—17 лет		0—14 лет	15—17 лет		0—14 лет	15—17 лет	
		М	Ж		М	Ж		М	Ж
Болезни эндокринной системы	30,0	51,5	70,3	32,6	65,1	75,4	33,5	75,9	95,9
Болезни щитовидной железы	7,2	9,8	30,5	8,4	12,3	33,6	7,3	14,7	38,1
Сахарный диабет	0,8	2,2	1,8	0,9	2,0	1,85	0,95	2,4	1,99
Адреногенитальные расстройства	0,03	0,05	0,15	0,06	0,03	0,03	0,07	0,03	0,06
Дисфункция яичников	0,31	X	3,69	0,34	X	2,30	0,22	X	0,23
Дисфункция яичек	0,02	0,02	X	0,04	0,20	X	0,07	0,11	X
Ожирение	11,4	18,1	20,7	12,1	23,1	23,3	12,1	26,8	27,7
Болезни мочеполовой системы	50,7	36,4	195,0	51,2	38,3	217,0	52,9	38,8	268,0
Доброкачественная дисплазия молочной железы	0,02	X	0,66	0,11	X	1,16	0,07	X	2,36
Воспалительные болезни женских тазовых органов	4,71	X	50,7	5,68	X	46,7	5,99	X	83,0
Сальпингит и оофорит	0,65	X	20,6	0,48	X	17,2	0,18	X	22,4
Эндометриоз	0	X	0,36	0,003	X	0,37	0,005	X	0,20
Эрозия и эктропион шейки матки	—	X	—	0,11	X	5,89	0,015	X	7,66
Расстройства менструаций	2,74	X	44,4	2,49	X	47,7	3,04	X	61,4
Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения	26,6	19,4	14,4	29,4	19,4	37,5	29,1	22,1	20,1
Врожденные аномалии тела и шейки матки, другие врожденные аномалии женских половых органов	0,63	X	0,80	0,61	X	0,34	0,79	X	0,71
Всего патологических состояний, влияющих на репродуктивное здоровье	115,4	107,3	376,6	122,2	122,8	432,1	125,4	136,8	539,3
Показатели общей заболеваемости	2121,5	1755,1	2043,3	2129,0	1836,5	2194,8	2191,0	2046,2	2369,1

В структуре общей заболеваемости детей до 14 лет удельный вес патологических состояний, влияющих на репродуктивное здоровье, за исследуемый период находился в пределах 5,4—5,7 %. У подростков данный показатель имел существенные гендерные различия. Так, если у юношей он составлял от 6,1 до 6,7 % в 2010—2012 гг., то у девушек наблюдалось его увеличение от 18,4 % в 2010 г. до 19,7 % в 2011 г. и 22,8 % в 2012 г. Патологические состояния, влияющие на репродуктивное здоровье детей и подростков, существенно ограничивают репродуктивные процессы у девушек при вступлении их в фертильный возраст. Хронические заболевания, возникшие в детском возрасте, могут трансформироваться в экстрагенитальные заболевания с соответствующим влиянием на течение и исход беременности.

На формирование уровня распространенности отдельных нозологий влияет уровень первичной заболеваемости. Так, первичная заболеваемость детей до 14 лет болезнями эндокринной системы в 2010 г. составляла 13,4 %, в 2011 г. — 15,9 %, в 2012 г. — 17,4 %. Первичная заболеваемость в 2010 г. у юношей была равна 18,7 %, а у девушек — 19,9 %, в 2012 г. первичная заболеваемость девушек эндокринными заболеваниями возросла до 35,3 %, а юношей — до 30,7 %. Показатели распространенности заболеваний эндокринной системы у девушек в 2012 г. составили 95,9 %, у юношей — 75,9 %, у детей до 14 лет — 33,5 %.

Болезнями щитовидной железы на протяжении исследуемых лет чаще страдали девушки. Первичная заболеваемость болезнями щитовидной железы у девушек в 2010 г. составила 8,1 %, у юношей — 2,2 %. В 2012 г. данная патология возросла до 9,9 и 5,5 % соответственно. Распространенность заболеваний щитовидной железы у девушек выше, чем у юношей. Число этих заболеваний увеличивается с каждым годом (2010 г. — 30,5 %, 2011 г. — 33,6 %, 2012 г. — 38,1 %). У детей до 14 лет не выявлено изменений в динамике распространенности и первичной заболеваемости болезнями щитовидной железы, распространенность варьировала в пределах 7,2—8,4 %.

За исследуемый период увеличился показатель распространенности ожирения, как у детей до 14 лет, так и у подростков (табл. 1). Ожирение подростков в равной степени распространено как среди девушек, так и юношей. Как угрожающий фактор, ожирение приводит к серьезным осложнениям, в том числе нарушению полового созревания подростков, особенно у девочек, и в дальнейшем, к нарушению репродуктивной функции [3].

Распространенность и первичная заболеваемость сахарным диабетом у детей до 14 лет и подростков возросла незначительно с 2010 по 2012 гг. Несколько чаще им страдают юноши, чем девушки (табл. 1).

В 2011 и 2012 гг. впервые выявленных случаев аденогенитальных расстройств зарегистрировано не было. Показатели распространенности аденогенитальных расстройств, дисфункций яичек и яичников у детей и подростков определенной динамики не имеют, хотя первичная

заболеваемость детей дисфункцией яичек незначительно возросла (2010 г. — 0,03 %, 2012 г. — 0,07 %).

Распространенность заболеваний мочеполовой системы, в класс которой входят болезни, влияющие на репродуктивное здоровье, за исследуемый период возросла у детей до 14 лет с 50,7 % до 52,9 %, у девушек — с 195,0 % до 268,0 %. Соответственно каждая 4-я девушка имеет заболевание мочеполовой сферы. В первичной заболеваемости девушек болезнями мочеполовой системы наблюдался существенный скачок в 2012 г. (166,7 %), тогда как в 2010 г. данный показатель составил 111,7 %, в 2011 г. — 126,3 %. В первичной заболеваемости болезнями мочеполовой системы у юношей отмечена незначительная динамика ее роста (2010 г. — 9,8 %, 2011 г. — 10,7 %, 2012 г. — 12,2 %).

Гинекологическая заболеваемость является одним из основных показателей репродуктивного здоровья как девочек до 14 лет, так и девушек, и имеет свои особенности [5]. Первичная заболеваемость доброкачественной дисплазией молочной железы девочек до 14 лет в 2011 и 2012 гг. выросла до 1,9 % по сравнению с 2010 г. (0,4 %). Показатели общей заболеваемости доброкачественной дисплазией молочной железы у девушек возросли с 0,66 % в 2010 г. до 2,36 % в 2012 г.

Увеличились показатели первичной заболеваемости у девочек до 14 лет воспалительными болезнями женских тазовых органов (с 4,1 % в 2010 г. до 5,2 % в 2012 г.), расстройствами менструаций (в 2010 г. — 2,0 %, в 2012 г. — 2,5 %). Первичная заболеваемость у девушек возросла за счет воспалительных болезней матки, инфекционных заболеваний женских тазовых органов, таких как гонококковая инфекция и хламидиоз, воспалительных заболеваний влагалища и вульвы. Первичная заболеваемость расстройствами менструаций составили в 2012 г. 46,1 %, по сравнению с 31,4 % — в 2010 г. и 33,9 % — в 2011 г.. Общая заболеваемость девушек воспалительными заболеваниями женских тазовых органов увеличилась с 50,7 до 83,0 %, расстройствами менструации — с 44,4 до 61,4 %.

За исследуемый период у девушек снизилась первичная заболеваемость и уровень распространенности эндометриоза. Динамика показателей распространенности сальпингитами и оофоритами имеет волнообразный характер (2010 — 20,6 %, 2011 — 17,2 %, 2012 — 22,4 %). Эрозию и эктропион шейки матки в отчетных формах медицинских организаций, оказывающих медицинскую помощь детскому населению, стали регистрировать только с 2011 г., и была выявлена тенденция к увеличению первичной заболеваемости этими нозологиями с 5,9 до 7,7 %.

Врожденные аномалии, деформации и хромосомные нарушения наблюдаются во всех возрастных группах. Если у детей до 14 лет и юношей они остаются на одинаковом уровне за годы наблюдения, то у девушек распространенность данных патологий подвержена значительным колебаниям. Так, в 2010 г. она составляла 14,4 %, в 2011 г. — 37,5 %, в 2012 г. — 20,1 %.

Показатели первичной заболеваемости врожденных аномалий тела и шейки матки, других врожденных аномалий женских половых органов у девушек имеют волнообразный характер (2010 г. — 0,36 ‰, 2011 г. — 0,24 ‰, 2012 г. — 0,37 ‰). У девочек до 14 лет они имели тенденцию к росту: 2010 г. — 0,47 ‰, 2011 г. — 0,57 ‰, 2012 г. — 0,66 ‰.

В целом в структуре распространенности гинекологических заболеваний у детей на первом месте стоят воспалительные болезни женских тазовых органов, на втором — расстройства менструаций, на третьем — сальпингиты и оофориты. У девушек преобладают расстройства менструаций и воспалительные болезни женских тазовых органов (табл. 2).

Раннее начало половой жизни, отсутствие знаний о современных методах контрацепции у подростков привели к возникновению такой проблемы, как аборт у подростков. Подростки в большинстве случаев мало озабочены своим здоровьем и недооценивают опасность аборта [6]. Сведения о прерывании беременнос-

ти у девочек и девушек за период с 2010 по 2012 г. в Волгоградской области представлены в табл. 3.

В регионе, как и в целом в России, несмотря на тенденцию к снижению абсолютного количества абортов у юных (девушки в возрасте 15—17 лет), их интенсивные показатели остаются высокими по сравнению со странами, где имеются государственные программы полового просвещения, позитивное отношение населения к сохранению своего здоровья [2].

В структуре абортов в целом среди женского населения Волгоградской области в 2010 г. число абортов среди девушек до 17 лет составило 1,9 ‰, в 2011 г. — 1,5 ‰, в 2012 г. — 1,6 ‰. Аборты у первобеременных девушек до 17 лет от общего числа абортов у первобеременных женщин составили в 2010 г. 18 ‰, в 2011 г. — 13 ‰, в 2012 г. — 15 ‰. В срок до 12 недель прерываний беременности у девушек до 17 лет в 2010 г. составило 94,9 ‰ от общего числа абортов в этой возрастной категории, в 2011 г. — 96,3 ‰, в 2012 году — 95,3 ‰. Таким образом, наибольшая часть девушек осу-

Таблица 2

**Структура гинекологической заболеваемости девочек и подростков в Волгоградской области в 2010—2012 гг., %**

Патологические состояния, связанные с репродуктивной функцией	Дети до 14 лет			15—17 лет		
	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.
Доброкачественная дисплазия молочной железы	0,3	1,5	0,8	0,68	1,14	1,5
Воспалительные болезни женских тазовых органов (за исключением сальпингитов и оофоритов)	54,3	61,8	63,7	31,3	28,9	39,1
Сальпингит и оофорит	8,6	5,7	2,0	21,4	16,9	14,5
Эндометриоз	—	0,03	0,06	0,38	0,36	1,3
Эрозия и эктропион шейки матки	—	1,4	0,17	—	5,8	4,9
Расстройства менструаций	36,7	29,6	33,3	46,2	46,8	39,7
Итого	100	100	100	100	100	100

Таблица 3

**Сведения о прерывании беременности у девочек и девушек в Волгоградской области в период с 2010 по 2012 гг. (на 1000 детского и подросткового населения женского пола)**

Наименование	2010 г.		2011 г.		2012 г.	
	до 14 лет	15—17 лет	до 14 лет	15—17 лет	до 14 лет	15—17 лет
Всего прерываний беременности	0,08	10,66	0,04	8,98	0,026	9,4
из них: у первобеременных	0,08	7,7	0,04	5,81	0,021	6,3
Самопроизвольный аборт	0,01	2,43	0,01	1,82	0,01	1,88
Аборт неуточненный (внебольничный)	0	0,29	0	0,21	0	0,31
Прерываний беременности в сроки до 12 недель, всего	0,07	10,18	0,04	8,66	0,02	9,0
из них: в ранние сроки	0,01	0,94	0,01	1,53	0,01	2,0
Прерываний беременности в сроки 12—21 неделя включительно, всего	0,01	0,41	0,01	0,29	0,005	0,42
Прерываний беременности в сроки 22—27 недель включительно, всего	0,005	0,07	—	0,03	—	—

существляет прерывание беременности в ранние сроки. Возросла доля девушек до 17 лет, осуществляющих прерывание беременности в срок от 12 до 21 недель с 4,2 % в 2010 г. до 4,7 % в 2012 г. Прерываний беременности в срок от 22 до 27 недель у девочек-подростков в 2012 г. зарегистрировано не было, в 2010 г. они составили 0,9 %, в 2011 г. — 0,3 %.

Распространение рискованных форм полового поведения, низкий уровень культуры населения, связанный с недостаточной информированностью в вопросах полового воспитания, и отсутствие гигиенического просвещения детей и подростков обуславливают также высокую распространенность инфекций, передаваемых преимущественно половым путем (ИПППП) [4]. В будущем это может привести к тяжелым последствиям, таким как бесплодие, внутриутробное инфицирование плода, стойкие нарушения репродуктивного здоровья. Таким образом, ИПППП у несовершеннолетних — это риск «социальной инвалидизации» во взрослом возрасте [1].

Общая заболеваемость детей от 0 до 17 лет ИПППП на 100 тыс. детского и подросткового населения в Волгоградской области представлена на рис. 2.

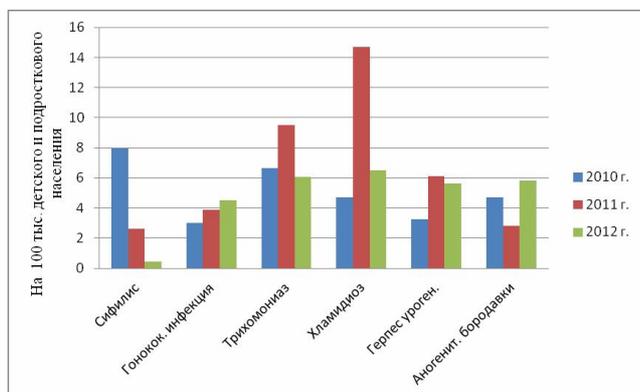


Рис. 2. Общая заболеваемость ИПППП детей и подростков Волгоградской области 2010—2012 гг. на 100 тыс. детского и подросткового населения

В структуре ИПППП в 2012 г. первое ранговое место принадлежало хламидийным инфекциям (22,9 %), второе место занимал трихомоноз (20,6 %) и третье место занимали урогенитальный герпес и аногенитальные бородавки — по 19,8 %.

Заболеваемость сифилисом у детей от 0 до 17 лет снизилась до 0,43 на 100 тыс. детского населения в 2012 г.

Заболеваемость гонококковой инфекцией, напротив, с 2010 г. увеличивается. Также возрастает удельный вес этой инфекции, в 2010 г. количество детей и подростков от общего числа заболевших составило 1,75 %, в 2011 г. — 2,4 %, в 2012 г. — 3,6 %.

Заболеваемость урогенитальным герпесом имеет неоднозначный характер. Наблюдался ее рост в 2011 г. (с 3,23 в 2010 г. до 6,1 на 100 тыс. детского и подросткового населения), затем снижение (до 5,6 в 2012 г.).

Частота выявления аногенитальных (венерических) бородавок у детей до 17 лет с 2010 г. возросла с 4,73 до 5,83 на 100 тыс. детского и подросткового населения в 2012 г., то есть на 23,2 %.

Трихомоноз у детей от 0 до 14 лет был зарегистрирован в 2011 и 2012 гг. В общей численности наблюдается незначительное снижение заболеваемости трихомонозом с 6,67 до 6,05 на 100 тыс. детского населения (в 2011 г. показатель составил 9,52 на 100 тыс. детского населения). Заболеваемость хламидиозом детей до 17 лет возрастала до 2011 г., в 2012 г. больных хламидиозом детей до 14 лет зарегистрировано не было.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Численность детей и подростков в Волгоградской области за исследуемый период существенно не изменилась, что при снижении уровня здоровья данной возрастной группы населения ставит под угрозу репродуктивный потенциал региона. На фоне увеличения общей заболеваемости детей и подростков выросла распространенность патологических состояний, влияющих на репродуктивное здоровье. У девочек увеличились показатели общей заболеваемости доброкачественной дисплазии молочной железы (0,07 %), воспалительными болезнями женских тазовых органов (6,0 %). У юношей выражен рост числа болезней эндокринной системы (75,9 %), в том числе ожирения (26,9 %). У девушек выросли показатели распространенности болезнями эндокринной системы (95,9 %), в том числе ожирением (27,7 %), болезнями мочеполовой системы (268 %), доброкачественной дисплазией молочной железы (2,36 %), воспалительными болезнями женских тазовых органов (83,0 %), расстройствами менструаций (61,4 %).

Отрицательное влияние среди детей и подростков на распространенность гинекологических заболеваний оказывает либерализация сексуальных отношений, отсутствие навыков профилактики инфекций, передающихся преимущественно половым путем, возникновение проблем с беременностью и абортами. Данные о прерывании беременности за период с 2010 по 2012 г. у девочек до 14 лет имеют положительную динамику — число абортосократилось с 0,08 % до 0,026 %. У девушек 15—17 лет также отмечается некоторое снижение частоты абортос. В структуре заболеваемости ИПППП у детей и подростков Волгоградской области первые места занимают хламидийные инфекции, трихомоноз, урогенитальный герпес и аногенитальные бородавки.

Сохраняющийся низкий уровень здоровья современных детей и подростков, в том числе и репродуктивного здоровья, требует совершенствования медицинской помощи детям и подросткам, разработки и внедрения системного подхода к диагностике, лечению, диспансерному наблюдению и реабилитации заболеваний. Вместе с тем решение проблем детства требует более широкого межведомственного подхода. В нем должны активно участвовать органы образования, органы социальной защиты населения, общественные орга-

низации и администрация территорий, санэпидслужба, правоохранительные органы, военкоматы и др.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Баранов А. А., Альбицкий В. Ю. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство. — М., 2013. — С. 64—80.
2. Ипполитова М. Ф., Симаходский А. С. // Детская больница. — 2014. — № 2. — С. 10—16.
3. Киктева Р. Н. Особенности полового развития девочек при различных формах ожирения: автореф. дис. ... канд. мед. наук. — 14.00.03, — М., 2004. — 24 с.
4. Латышевская Н. И., Давыденко Л. А., Новикова А. Н., Беляева А. В. // Вестник ВолгГМУ. — 2013. — № 3 — С. 41—43.

5. Пашукова Е. А., Тетелютина Ф. К., Блинова А. А. // Репродуктивное здоровье детей и подростков. — 2013. — № 4. — С. 59—60.

6. Ющук Н. Д., Маев И. В., Гуревич К. Г. Здоровый образ жизни и профилактика заболеваний. — М., 2012. — 659 с.

## Контактная информация

**Девляшова Олеся Федоровна** — очный аспирант кафедры общественного здоровья и здравоохранения, Волгоградский государственный медицинский университет, e-mail: Olesya87d@yandex.ru

УДК 614.21:616-053.9

## МЕХАНИЗМЫ И ФОРМЫ ВЗАИМОДЕЙСТВИЯ СИСТЕМЫ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОЙ ЗАЩИТЫ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ ПО УЛУЧШЕНИЮ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПОЖИЛЫХ

*И. В. Кононова, Е. Г. Камкин*

*Оренбургская государственная медицинская академия*

Старение населения требует формирования системного подхода к оказанию медико-социальной помощи на всех этапах оказания медицинской помощи населению. Изучение эффективности механизмов и форм такого взаимодействия, сложившихся в Российской Федерации, позволит сформулировать рекомендации для включения в нормативные документы.

*Ключевые слова:* старение населения, пожилые, медико-социальная помощь.

## MECHANISMS AND FORMS OF COOPERATION BETWEEN THE HEALTH CARE SYSTEM AND THE SOCIAL SECURITY SYSTEM IN THE RUSSIAN FEDERATION

*I. V. Kononova, E. G. Kamkin*

Ageing of the population requires a systemic approach to medical and social services be developed covering all stages of medical care provision. The study of the efficiency of the mechanisms and forms of cooperation practiced in the Russian Federation, will make it possible to offer recommendations to be included in regulatory documents.

*Key words:* ageing of population, elderly, medical and social services.

Демографические прогнозы свидетельствуют о том, что до конца текущего столетия численность населения в возрасте от 75 лет и старше, страдающего хроническими соматическими и психическими заболеваниями, увеличится вдвое.

При проведении научных исследований в сфере изучения потребностей в социальной и медицинской помощи и показателей качества жизни лиц старших возрастных групп выявлены значительные различия в потребностях в уходе и способности к самообслуживанию у лиц трех возрастных групп (60—74, 75—89, 90 и старше).

Так, в возрасте 50—59 лет 36% людей имеют 2—3 заболевания, в 60—69 лет у 40,2% обнаруживаются 4—5 заболеваний, в возрасте 75 лет и старше 65,9% имеют более 5 заболеваний [8].

Потребность пожилых в оказании им медицинской помощи на 50% выше, чем у населения среднего возраста, а необходимость в госпитализации людей старше 60 лет почти в 3 раза превышает этот показатель для общей популяции. Обращение людей в возрасте старше 60 лет за медико-социальной помощью, по данным отдельных поликлиник, составляет около 30% от общего числа обращений, в Москве — до 80%, а среди лиц, получающих помощь на дому, примерно половина в возрасте старше 60 лет. На одно сестринское посещение больного на дому в возрасте до 60 лет приходится 5—6 сестринских посещений больных в возрасте старше 60 лет [5, 6].

Одним из наиболее важных направлений современной медицины являются исследования в области качества жизни (КЖ) пациентов. В современной меди-