

**ПРЕЗИДИУМ
ПРАВЛЕНИЯ
ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО
ОБЩЕСТВА при РАН**

ПРЕЗИДЕНТ:

В.Н. АНИСИМОВ
профессор, д.м.н., НИИ
онкологии им проф.
Н.Н. Петрова МЗ РФ,
Санкт-Петербург

Вице-президенты:

П.А. ВОРОБЬЕВ
профессор, д.м.н., ММА
им. И.М. Сеченова,
Москва

Л.Б. ЛАЗЕБНИК
профессор, д.м.н., НИИ
гастроэнтерологии
Минздрава РФ, Москва

Л.К. ОБУХОВА
профессор, д.б.н.,
Институт биохимической
физики
им. Н.М. Эмануэля РАН,
Москва

В.Х. ХАВИНСОН
чл.-кор. РАН,
Санкт-Петербургский
Институт биорегуляции
и геронтологии СЗО
РАМН

А.В. ШАБАЛИН
чл.-кор. РАН, НИИ
терапии СО РАМН,
Новосибирск

В.Н. ШАБАЛИН
академик РАН, РНИИ
геронтологии МЗ РФ,
Москва

Ученый секретарь:

Э.С. ПУШКОВА
к.м.н., Городской
геронтологический центр,
Санкт-Петербург

**АДРЕС ДЛЯ
ПЕРЕПИСКИ:**

197758, Санкт-Петербург,
Песочный-2,
ул. Ленинградская, 68
НИИ онкологии
им. проф. Н.Н. Петрова,
проф. В.Н. Анисимову
тел.: (812) 596-8607
факс: (812) 596-8947
эл. почта: aging@mail.ru;
<http://www.gerontology.spb.ru>

Издается при содействии
Санкт-Петербургского
Института биорегуляции и
геронтологии СЗО РАМН

© Геронтологическое
общество РАН, 2004
Тираж 800 экз.

В номере: • Премия молодым ученым •
• Наши поздравления • Научные встречи • Новости
науки • 10 лет Санкт-Петербургскому геронтологическому
центру • Предстоящие конференции • Книжная полка •
• Диссертации по геронтологии и гериатрии •

ПЛЕНУМ

ПЛЕНУМ ПРАВЛЕНИЯ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ОБЩЕСТВА РАН

«Приоритетные направления современной геронтологии», посвященный 10-летию организации Геронтологического общества РАН состоится в среду 31 марта 2004 г., в Санкт-Петербурге, в Доме ученых РАН.

Приглашаются члены Правления и представители всех региональных отделений Геронтологического общества.

Контактные адрес и телефоны:

197110, Санкт-Петербург, пр. Динамо 3
Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН
Тел./факс (812) 230-00-49; 230-68-86; 235-18-32; тел. 596-86-07
Эл. почта: ibg@gerontology.ru; aging@mail.ru

ПРЕМИЯ

Подведены итоги конкурса среди молодых ученых России на лучшую работу по геронтологии за 2003 г. Диплом и премия присуждены старшему научному сотруднику лаборатории радиационной генетики Института биологии Коми научного центра Уральского отделения РАН кандидату биол. наук Москалеву Алексею Александровичу за цикл работ по радиационно-индуцированному изменению продолжительности жизни *Drosophila melanogaster*.

Несмотря на то, что облучение дозами низкой интенсивности не приводит к гибели организма, оно способно модифицировать клеточно-тканевые процессы, что вызывает изменение такого комплексного показателя, как продолжительность жизни. В серии статей А.А. Москалева представлены результаты комплексных экспериментов *in vivo*, в которых исследована роль определенных путей апоптоза и репарации ДНК в радиационно-индуцированном изменении продолжительности жизни. Им проведен глубокий анализ собственных и литературных данных, раскрывающих молекулярно-генетические механизмы реакции организма на облучение в малых дозах, взаимосвязь дестабилизации генома, апоптоза и старения, а также изменений, возникающих при старении у дрозофилы.

Представлены доказательства, что облучение приводит к изменению продолжительности жизни дрозофилы в зависимости от генотипа, а также что дерегуляция генетического контроля апоптоза и репарации способна изменять скорость старения после облучения. Выявлены существенные отличия механизмов клеточного и организменного ответа на воздействие малых и больших доз ионизирующей радиации. Это является еще одним аргументом в пользу точки зрения о неправомерности экстраполяции эффектов, наблюдаемых на разных уровнях организации биологических систем с высоких доз на малые.

РАЗМЫШЛИЗМЫ

«Невозможно победить болезнь, которую не понимаешь»

Чарльз Б. Хаггинс

«Как и все, кто имел счастье внести в науку неожиданные факты или новые идеи, я был и до сих пор остаюсь объектом непрестанной критики»

Клод Бернар

«Здравый смысл – это чаще всего удел посредственности».

Ганс Селье

«Слава тебе, Господи, что ты создал все нужное несложным, а все сложное – ненужным»

Григорий Сковорода

Все умирает на земле и в море,
Но человек суровой осужден:
Он должен знать о смертном приговоре
Подписанном, когда он был рожден.
Но, сознавая жизни быстротечность,
Он так живет – наперекор всему,
Как будто жить рассчитывает вечность,
И этот мир принадлежит ему.

С.Я. Маршак

7-й АЗИАТСКО-ТИХООКЕАНСКИЙ КОНГРЕСС ПО ГЕРОНТОЛОГИИ

24-28 ноября в Токио (Япония) состоялся очередной конгресс по геронтологии азиатско-тихоокеанского региона, в работе которого приняло участие около 1200 специалистов из более чем сорока стран. На торжественном открытии к участникам конгресса с приветственной речью обратился наследник престола крон-принц Нарахито.

Было заслушано 4 основных и 10 пленарных лекций ведущих ученых. В программу 39 симпозиумов, 39 тематических сессий и 4 круглых столов было включено около трехсот устных докладов. Весь спектр исследований по различным направлениям геронтологии был широко представлен тысячей стендовых докладов, распределенных по 62 стендовым сессиям.

Понятное сожаление вызвал тот факт, что богатую, как замечательными традициями, так и новейшими достижениями, российскую геронтологию представляли всего два исследователя – В.Ф. Семенков (Институт геронтологии МЗ РФ) и А.В. Халявкин (Институт биохимической физики РАН), которые были председателями на разных тематических сессиях. В.Ф. Семенков сделал доклад, посвященный важной роли белков теплового шока в регуляции биохимических процессов, влияющих на долголетие, а А.В. Халявкин сделал 3

доклада на тематических сессиях «Животная модель старения I», «Животная модель старения II» и «Клеточная модель старения». В этих докладах «Имеем ли мы адекватную животную модель для изучения естественного старения?», «Антиоксидантные геропротекторы. Влияют ли они на старение без патологий?» и «Теломеры, теломераза и происхождение старения» был затронут ряд нерешенных проблем фундаментальной геронтологии. В программу конгресса попало еще несколько российских ученых, которые в силу некоторых причин не смогли принять участие в работе этого представительного форума.

На конгрессе пристальное внимание было уделено таким разделам, как старение и рак, остеопороз, гормезис и вмешательство в старение, старение и нарушения обмена веществ, окислительный стресс и калорийно-ограниченная диета, питание и здоровье, функциональная геномика старения, сельские пожилые, старение и инфекции, атипичная пневмония у пожилых, митохондри и апоптоз, сосудистые заболевания мозга, старение и долголетие, традиционная медицина, постарение населения и социальная политика, гипертония и атеросклероз, здоровое старение, болезнь Альцгеймера, сердечно-сосудистые болезни позднего

периода жизни, смягчение болевого синдрома, продольные исследования старения – психосоциальная динамика и динамика здоровья, падение и неподвижность, реабилитация, болезни органов дыхания, генетика старения и долголетия, терминальная стадия, старение и снижение функциональных возможностей, укрепление здоровья и профилактическая медицина, липидо-понижающая терапия, эндокринологические нарушения, качество жизни пожилых, работа и выход на пенсию, ожидаемая продолжительность здоровой жизни, самоубийства пожилых, финансирование длительного ухода за пожилыми, нарушения движений при болезни Паркинсона и других возрастных заболеваниях, переломы и повреждения, клиническая эпидемиология и др. С тезисами конгресса по этим и другим разделам можно ознакомиться в журнале *Geriatrics & Gerontology International* 2003, Vol. 3, Suppl. 1.

Девиз конгресса «Содействие естественных и гуманитарных наук достижению успешного старения» вполне соответствовал широте проблем затронутых на конгрессе.

*А.В. Халявкин,
Институт биохимической
физики РАН, Москва*

ДИССЕРТАЦИИ ПО ГЕРОНТОЛОГИИ И ГЕРИАТРИИ

Богова О.Т. Механизмы прогностического эффекта и сопоставление ренин-ангиотензин-системных модуляторов у больных инфарктом миокарда. Дисс... канд. докт. наук, 14.00.53 – геронтология и гериатрия; 14.00.06 – кардиология (РГМУ и РНИИ геронтологии МЗ РФ). – Москва, 2003.

Дасаева Л.А. Возрастные особенности мочекаменной болезни у специалистов геологической отрасли, новые подходы к диагностике, профилактике и лечению. Дисс... докт. мед. наук, 14.00.53 – геронтология и гериатрия; 14.00.05 – внутренние болезни (РНИИ геронтологии МЗ РФ и ММА им. И.М. Сеченова). – Москва, 2003.

Девяткин А.А. Морфология внутриглазной жидкости при старческой катаракте. Дисс... канд. мед. наук, 14.00.53 – геронтология и гериатрия (РНИИ геронтологии МЗ РФ и Самарский гос. мед. ун-т). – Москва, 2003.

Лутковская Ю.Е. Особенности морфологической картины крови у иммунокомпроментированных больных различных возрастных групп. Дисс... канд. мед. наук, 14.00.53 – геронтология и гериатрия; 14.00.36 – аллергология и иммунология (РНИИ геронтологии МЗ РФ). – Москва, 2003.

Одинаев Ш.Ф. Патогенетические особенности старения жителей горных регионов Таджикистана (клинико-лабораторное исследование). Дисс... докт. мед. наук, 14.00.53 геронтология и гериатрия; 14.00.05 – внутренние болезни (РНИИ геронтологии МЗ РФ и Таджикский НИИ профилактической медицины МЗ Республики Таджикистан). – Москва, 2003.

Сененко А.Ш. Коррекция функций лимфатической системы в комплексной терапии ревматоидного артрита и остеоартроза у пациентов среднего и пожилого возраста (экспериментально-клиническое исследование).

Дисс... канд. мед. наук, 14.00.53 – геронтология и гериатрия (РНИИ геронтологии МЗ РФ). – Москва, 2003.

Серов Ю.А. Влияние генотипических и возрастных факторов на выживание трансплантата. Дисс... канд. мед. наук, 14.00.53 – геронтология и гериатрия; 14.00.36 – аллергология и иммунология (Университет г. Индианаполис, США; РНИИ геронтологии МЗ РФ). – Москва, 2003.

Шарошина И.А. Сократительная функция левого желудочка при хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста и долгожителей. Дисс... канд. мед. наук, 14.00.53 – геронтология и гериатрия; 14.00.06 – кардиология (Учебно-научный центр Медицинского центра управления делами Президента РФ). – Москва, 2003.

НАШИ ПОЗДРАВЛЕНИЯ

1 марта 2004 г. исполняется 10 лет со дня организации Санкт-Петербургского городского гериатрического медико-социального центра. Правление Геронтологического общества поздравляет со знаменательной датой коллектив Центра – одного из ведущих гериатрических центров России, и желает ему новых свершений и успехов! (см. информацию на стр. 4-5).

* * *

19 февраля 2004 г. исполняется 75 лет со дня рождения и 50 лет научной, педагогической и общественной деятельности известного геронтолога и терапевта, руководителя сектора клинической геронтологии и гериатрии Института геронтологии АМН Украины, чл.-корр. РАМН, академика АМН Укра-

ины и чл.-корр. НАН Украины профессора **Олега Васильевича Коркушко**. Правление Геронтологического общества РАН сердечно поздравляет юбиляра и желает ему здоровья, новых достижений и творческого долголетия.

* * *

Президиум Академии медицинских наук Украины присудил академическую премию по теоретической медицине за 2002 г. коллективу авторов – О.В. Коркушко, В.Х. Хавинсону, Г.М. Бутенко, В.Б. Шатило за монографию «Пептидные препараты тимуса и эпифиза в профилактике ускоренного старения», СПб.: Наука, 2002.-202 с.

* * *

На основании представления Комитета по Государственным премиям Украины в области на-

уки и техники указом Президента Украины Л. Кучмы № 1480-2003 от 23 декабря 2003 г. Государственной премии Украины за цикл научных работ «Изучение фундаментальных механизмов действия оксида азота на сердечно-сосудистую систему как основы патогенетического лечения ее заболеваний» удостоена большая группа ученых, среди которых сотрудники Института геронтологии АМН Украины: В.В. Безруков, О.В. Коркушко, О.К. Кульчицкий, В.В. Фролькис (посмертно).

Правление Геронтологического общества сердечно поздравляет лауреатов и весь коллектив Института геронтологии АМН Украины с присуждением Государственной премии Украины по науке и технике и желает коллегам и друзьям новых научных достижений! (см. ниже).

ОКСИД АЗОТА И СТАРЕНИЕ

Государственной премии Украины по науке и технике за 2003 г. удостоена группа сотрудников Института геронтологии АМН Украины (см. выше). Возрастные исследования роли оксида азота начали активно развиваться в Украине под руководством академика Владимира Вениаминовича Фролькиса. В экспериментальных и клинических исследованиях установлена ведущая роль изменений содержания и обмена оксида азота при старении в изменениях функции сердечно-сосудистой системы и развитии ее возрастной патологии.

При экспериментальном моделировании атеросклероза, артериальной гипертензии, инфаркта миокарда и болезни Паркинсона установлено, что первичные нарушения системы оксида азота являются основой развития вышеуказанных заболеваний. Показано, что при старении нарушаются реакции сосудов на действия эндотелий-зависимых факторов регуляции, что вызывает патологические изменения тонуса сосудов.

При изучении возрастных особенностей развития ате-

росклероза и нарушений в системе оксида азота установлено снижение сосудорасширяющих и повышение сосудосуживающих факторов регуляции сосудистого тонуса с возрастом. Нарушение этой системы у людей является предпосылкой заболеваний сердечно-сосудистой системы у людей и обуславливает развитие атеросклероза, гипертонии, хронической сердечной недостаточности, инфаркта миокарда, частота и тяжесть течения которых увеличивается с возрастом.

ОТКРЫТА ПАМЯТНАЯ ДОСКА

27 января 2004 г. состоялось открытие мемориальной доски В.В. Фролькиса на здании Института геронтологии (Киев), а также совместное заседание НАН и АМН

Украины, посвященное 80-летию со дня его рождения.

На открытии доски и сессии выступили Президент НАН Украины Б.Е. Патон, Президент АМН

Украины А.Ф. Возианов, академик П.Г. Костюк, директор Института геронтологии В.В. Безруков, ученые и друзья В.В. Фролькиса.

Убежденность в необходимости проектов, посвященных системам оценки качества медико-социальной помощи пожилым, возникла из-за осознания того, что в новом тысячелетии старение на индивидуальном и популяционном уровне бросит вызов всему человечеству, при этом многие страны и люди оказались неподготовленными к тому, чтобы иметь дело с этой проблемой.

Центральным вопросом, возникшим вследствие бурного постарения населения на планете, а также в Российской Федерации, является эффективность реакции на уровне политических ноу-хау, которые должны базироваться на твердой научной основе. Более всего ощущается недостаток конкретных знаний, а потребность в таких знаниях в предстоящих десятилетиях будет весьма значительна. Страны обречены на старение с беспрецедентной скоростью и в беспрецедентных масштабах.

Как справляться с проблемами настоящего века старения? Каковы наилучшие способы определить приоритеты для действия? Куда направить вечно ограниченные ресурсы? Ответы на эти вопросы потребуются уже завтра. Поэтому уже сегодня надо действовать.

Имея это в виду, с 1997 года начала разрабатываться **программа ООН по старению**. Цели такой программы – ориентация на выработку политики и помощь политическим деятелям в разработке национальных программ по старению. Основными партнерами разработки программы ООН являются политические деятели национального уровня, неправительственные организации, академические и исследовательские учреждения.

Постарение населения в Санкт-Петербурге было осознано, прежде всего, профессионалами, занятыми организацией медицинской и социальной помощи пожилым. Беспрецедентное давление, оказываемое пожилым населением на деятельность стационаров и других учреждений, оказывающих больничную помощь больным пожилого возраста, включая все возрастающие затраты на лекарственное обеспечение, расходы на содержание персонала по уходу, на долговременную стационарную помощь, привело к осознанию городскими политиками необходимости реформ. Таким образом, еще до появления программ ООН по старению, в Санкт-Петербурге уже была создана реальная почва для принятия политических ноу-хау.

Последнее десятилетие 1990-2000 гг. ознаменовалось множеством реформ, в том числе реформ в области здравоохранения. Была введена страховая медицина, приняты новые законы, в т.ч. касающиеся проблем медицинского и социального обеспечения пожилых, законы о пенсионном страховании, базовые программы гарантированных государством медицинских и социальных услуг и др. Реформы были вызваны реальными потребностями времени, однако не все они

опирались на хорошо продуманные и просчитанные концепции. При этом действия практиков повсеместно опережали разработку нормативно-правовой базы создания учреждений медико-социального профиля. Так появились отделения сестринского ухода, хосписы, гериатрические отделения и лишь к концу 90-х гг. появились приказы Министерства здравоохранения о создании подобных медико-социальных учреждениях в различных территориях РФ.

В начале 90-х годов в Санкт-Петербурге как в системе здравоохранения, так и в системе социальной защиты населения стали возникать различные организационные модели медико-социальной помощи пожилым. В России появились геронтологические и гериатрические центры, гериатрические отделения в многопрофильных стационарах, отделения медико-социальной помощи на дому, территориальные социальные центры. Эти учреждения и отделения могли бы существенно повлиять на качество жизни больных пожилого возраста, однако неотрегулированность взаимодействий здравоохранения и социальной защиты населения, отсутствие стандартов профессиональной деятельности, отсутствие информации по формированию ресурсно-затратных групп больных пожилого возраста привели к низкой эффективности деятельности учреждений, а также к неудовлетворенности пожилого населения качеством предоставляемых услуг.

В Санкт-Петербурге в период между 1982-1994 гг. были предприняты попытки реализации инициативы отдельных профессионалов в области геронтологии и гериатрии, так появились гериатрическое отделение в районной поликлинике Кировского района, кабинеты врачей – гериатров в некоторых поликлиниках города, появились гериатрические отделения в трех многопрофильных стационарах, начали появляться отделения социально-бытовой помощи на дому. Этот период оказал влияние на изучение потребности пожилого населения в различных видах медико-социальных услуг. Активная социальная позиция общественных организаций, таких как общество «Ветеранов войны», обществ «Жители блокадного Ленинграда», ветеранских организаций, также стимулировали власти города к принятию программно целевого, комплексного обеспечения пожилых людей медико-социальными услугами. В 1994 году в городе создается Городской гериатрический (медико-социальный) центр, а с 1998 года начинает действовать городская целевая программа «Гериатрическая помощь населению Санкт-Петербурга». Согласно целевой программе в районах города также должны были появиться учреждения гериатрического медико-социального профиля. Учреждения появлялись как под управлением Комитета социальной защиты, так и под управлением Комитета по здравоохранению

и в начале действия программы имела общая идеология действий этих учреждений. К 2000 году в городе функционировали несколько десятков учреждений, работающих с пожилым населением. Возник вопрос об оценке эффективности деятельности этих учреждений.

Так можно обозначить основные вехи развития медико-социальной помощи больным пожилого возраста в Санкт-Петербурге в период последних десятилетий XX столетия.

Таким образом, согласно рекомендациям ООН, в Санкт-Петербурге в 1997 году, т.е. сразу после принятия совместной программы ООН и Международной ассоциации геронтологов, была разработана **Городская целевая медико-социальная программа «Гериатрическая помощь населению Санкт-Петербурга»**. Программа была утверждена на законодательном и исполнительном уровнях, т.е. Законодательным Собранием Санкт-Петербурга и на заседании Правительства города. Как нам известно, это единственный в мире пример разработки целевой медико-социальной программы для пожилых жителей мегаполиса, программы, имеющей статус закона на этой территории.

В тот период гериатрическая служба в городе еще не существовала, и её нужно было создавать впервые. Профессионализм разработчиков программы развития будущей гериатрической службы подсказывал им необходимость включения в мероприятия программы разработки нормативно-правовой базы гериатрической службы, а также исследований качества жизни пожилых в Санкт-Петербурге, организацию учреждений гериатрической помощи, работу со СМИ, подготовку кадров гериатрической службы. Уже на раннем этапе подготовки программы была очевидна необходимость интегрировать усилия кадрового и финансового обеспечения программы со стороны как здравоохранения, так и социальной защиты населения.

В этот период созданный в 1994 году Санкт-Петербургский Городской Гериатрический Центр получил дополнительные площади, кадры и полномочия. Необходимо отметить, что в период его создания далеко не всеми политиками, управленцами Комитета по здравоохранению и Комитета по труду и социальной защите населения, рядовыми врачами и сотрудниками районных служб социального обеспечения была поддержана идея создания медико-социального учреждения для пожилых. Главным аргументом «против» был вопрос: кому, какому ведомству будет подчиняться этот центр? Нормативная и финансовая ведомственная разобщенность здравоохранения и социальной защиты населения являлись существенным тормозом создания центра и реализации мероприятий программы.

Другим существенным негативным обстоятельством была «борьба priori-

тетов» на фоне низкого информационного и профессионального образования чиновничьего аппарата. Однако общая для того времени идеология реформ во всех областях жизни города, ощущение нарастающего на Здоровохранение давления со стороны бурно стареющего населения Санкт-Петербурга, активная социальная позиция общественных объединений лиц пожилого возраста позволили, несмотря на сопротивление ряда чиновников, начать работу по реализации программы и создания в административных районах учреждений нового типа, т.е. учреждений медико-социальной направленности.

Городской Гериатрический Центр с первого дня своего существования опирался на ряд принципиальных основ, приведших к созданию специфической структуры учреждения:

- акцент на нестационарные формы помощи больным пожилого возраста;
- преимущественно реабилитационный подход к лечению лиц пожилого возраста;
- создание отделения для дементных больных;
- создание отделения для больных с осложнениями старческого остеопороза;
- создание отделения для лечения больных с нарушениями мочеиспускания;
- создание отделения для помощи глухим и слабослышащим;
- создание отделения «Хоспис» для умирающих больных.

Такая структура учреждения не была похожа на структуру других лечебных учреждений города. Большое количество дискуссий по законности создания подобных учреждений привело к необходимости подготовки Приказа Министерства Здравоохранения, и в 1999 году был подписан приказ № 297 от 28.07.1999 г. «О совершенствовании организации медицинской помощи гражданам пожилого и старческого возрастов в Российской Федерации». Однако этот приказ распространялся только на действия в рамках системы здравоохранения и относился сугубо к ведомственным приказам. И, тем не менее, Гериатрический Центр начал успешно работать, укрепляя свою кадровую политику, материальное благополучие и научно-практические направления. Именно в этот момент перед сотрудниками Центра встал серьезный вопрос о тех категориях больных пожилого возраста, которые должны были быть подвергнуты гериатрической оценке, как методу специфической гериатрической диагностики.

Понятие «гериатрическая оценка пациента» было неведомо в Российской Федерации и в Санкт-Петербурге и не использовалось до 1999 года. Именно в Городском Гериатрическом центре впервые была разработана специальная анкета-опросник, состоящая из традиционных для мировой практики блоков вопросов. В состав этой анкеты входили: способность к самообслуживанию, физическое, психическое и социальное благополучие. Персонал центра в пери-

од между 1994 и 1999 гг. изучил более 2500 таких анкет. Однако обработанные вручную, без соответствующего программного обеспечения, эти анкеты послужили лишь базой для подготовки кадров Гериатрической службы и поисков партнёров в Европейских странах для совместного изучения и осмысления полученной информации. С этого периода, т.е. с 1999 года, изучение и внедрение гериатрической оценки пациента происходило по двум постоянно расширяющимся направлениям:

Первое направление касалось внедрения оценки способности к самообслуживанию, которая проводилась у всех пациентов ГЦ, а также в других гериатрических учреждениях, созданных в рамках реализации городской целевой программы «Гериатрическая помощь населению Санкт-Петербурга». Поскольку пациентами центра ежегодно становилось около 50000 больных пожилого возраста, то в центре накопилась огромная информация о качественном составе потребителей гериатрических услуг. Выяснилось, что к ним относятся люди, имеющие снижение способности к самообслуживанию от 25 до 75%.

Второе направление касалось контактов с зарубежными партнёрами, также занимавшимися внедрением гериатрической оценки пациентов. В рамках этого направления было проведено несколько научно-практических конференций, опубликованы статьи в крупнейших отечественных журналах «Клиническая Геронтология» и «Успехи Геронтологии», а так же был получен грант фонда TACIS (Европейский Союз) ««Улучшение планирования медико-социального обслуживания пожилых в Санкт-Петербурге – IPSE»..

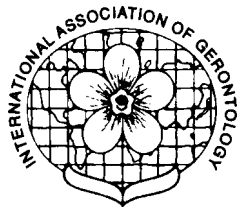
В ходе исполнения проекта с участием финских партнёров (Центр Обучения и Исследований по Геронтологии – «Кунтокалли») были изучены многочисленные медицинские и социальные параметры, касающиеся многосторонней и многоаспектной оценки пожилого населения Санкт-Петербурга. В выборке участвовали 1216 пожилых жителей Санкт-Петербурга и полученные в ходе обследования данные были подвергнуты стандартизованной компьютерной обработке (программа SPSS). Такой же стандартизованной обработке в ходе подобных исследований были подвергнуты данные о пожилем населении Хельсинки, Стокгольма и ряда других европейских столиц. Выполнение данного проекта позволило не только влиться в среду специалистов Европейского союза, но и объективно сопоставить качество жизни пожилого населения в разных странах. Так, например, доступность медицинской помощи, в том числе, врачебной, в условиях домашнего проживания в Петербурге оказалась выше, чем аналогичный показатель в странах Евросоюза. С другой стороны, в Петербурге был выявлен значительно более низкий, чем в Европе, уровень слухопротезирования.

Кроме того, благодаря грантам фонда Сороса (Институт «Открытое общество»), на базе ГЦ проводились исследования по взаимодействию государственных и негосударственных организаций, оказывающих помощь пожилому населению Санкт-Петербурга. Главным общим выводом по проекту IPSE фонда TACIS и проекту «Концепция взаимодействия Государственных учреждений и негосударственных организаций в практике оказания помощи пожилому населению» Института «Открытое общество» может быть следующее: необходимо дальнейшее усиление взаимодействия между системами здравоохранения, социальной защиты населения и общественными организациями по поиску критериев оценки эффективности и качества медико-социальных услуг пожилым. При этом гериатрическая помощь определяется как долговременная медико-социальная помощь больным пожилого возраста, страдающим хроническими инвалидизирующими заболеваниями, приводящими к частичной или полной утрате способности к самообслуживанию. В целях поиска критериев оценки качества и эффективности деятельности гериатрической службы Санкт-Петербурга мы обратились повторно в фонд TACIS и получили финансовую и профессиональную возможность взаимодействовать с ведущими европейскими специалистами в области экспертных оценок качества гериатрических учреждений.

Сегодня Городской Гериатрический Центр – медико-социальное учреждение, максимально адаптированное для решения проблем пожилых жителей Санкт-Петербурга. Гериатрический Центр оказывает различные виды амбулаторной и стационарной помощи. Врачи более 15 специальностей консультируют больных в поликлинике и на дому. В Центре организована работа службы «Тревожная кнопка». Стационар Центра составляют отделения различных профилей: терапевтическое, хирургическое, геронто-психиатрическое, урологическое, хоспис. Пациентов стационара и поликлиники обслуживает отделение медико-социальной реабилитации. Сурдологическое отделение оказывает помощь слабослышащим и глухим. Медико-социальное отделение осуществляет медицинскую и социальную помощь пожилым пациентам на дому.

На базе Центра работают кафедры МАПО и СПбГМА им. Мечникова, Центр ведет обширную методическую, образовательную и просветительскую работу как среди специалистов, так и среди пациентов и их родственников. Активное участие в международных программах позволило Центру поднять до международных стандартов профессиональный уровень сотрудников, что обеспечило лидирующее положение в области оказания медико-социальных услуг пожилым не только в Санкт-Петербурге, но и во всей России.

*Главный врач
Санкт-Петербургского
гериатрического центра
доцент
Э.С. Пушкова*



International Association of Gerontology

European Region

Состав Исполнительного комитета Европейского отделения Международной ассоциации геронтологии

Президент: Robert Moulias (Париж, Франция)
Экс-президент: Mario Passeri (Парма, Италия)
Секретарь: Eva Topinkova (Прага, Чехия)
Казначей: Domenico Cucinotta (Болонья, Италия)

Председатель клинической секции: Jean-Pierre Bayens (Остенде, Бельгия)
Председатель социальной секции: Hans-Joachim von Konratowitz (Берлин, Германия)
Председатель биологической секции: Tom Kirkwood (Ньюкасл, Великобритания)

Президент следующего Европейского геронтологического конгресса – 2007:
Владимир Анисимов (Санкт-Петербург, Россия)



НАСЕЛЕНИЕ МИРА: СЛЕДУЮЩАЯ ПОЛОВИНА ВЕКА

Под таким заголовком в журнале «Science» опубликована статья Дж. Коэна, представляющая собой обзор аналитических прогнозов населения (projections) до 2050 г., выполненных Отделом народонаселения ООН, Всемирным банком и Бюро переписей США. Особое внимание уделено неравномерности развития «богатых» и «бедных» регионов мира (J.E. Cohen. Human population: The next half century. Science, vol. 302, 14 November 2003, p. 1172-1175).

В разделе «**Прошлое население**» приводятся краткие традиционные сведения о численности и динамике населения Земли и регионов мира в 1700-2003 гг. Так, за этот период население Земли увеличилось почти в десять раз с 600 млн. чел. в 1700 г. до 6,3 млрд. в 2003 г. По мнению автора, наиболее важное демографическое событие в истории произошло около 1965-1970 гг.: годовой темп роста населения достиг своей максимальной величины 2,1%. Затем он постепенно снижался, к 2002 г. достигнув величины 1,2%. Абсолютный ежегодный прирост населения, достигнув максимального значения в 86 млн. чел. около 1990 г., снизился до 77 млн. чел.

Суммарный коэффициент рождаемости, СКР (СКР представляет

собой среднее число детей, которых родила бы женщина за всю ее жизнь при сохранении существующих в данном году возрастных уровней рождаемости), уменьшился с 5 рождений на женщину в 1950-55 гг. до 2,7 в 2000-05 гг. В 1960 г. пять стран имели СКР ниже уровня простого воспроизводства. К 2002 г. таких стран стало 64 и они составляют 44% населения мира. Процесс урбанизации в 20-м веке значительно ускорился. Если в 1800 г. в городах проживали около 2% людей, то в 1990 г. – 12%, а в 2000 г. – более 47%.

Раздел «**Перспективные расчеты для последующих пятидесяти лет**» опирается преимущественно на прогнозы урбанизации Отдела народонаселения ООН и «World Population Prospects: The 2002 Revision». По мнению автора, в рассмотренных прогнозах не приняты во внимание не наблюдавшиеся ранее катастрофы, например, термоядерная катастрофа или внезапное резкое изменение климата. Рассмотрены перспективы изменения таких демографических показателей, как общая численность населения мира и его регионов, годовой темп роста населения, плотность населения, структурные характеристики населения,

ожидаемая продолжительность жизни при рождении, показатели старения населения.

Приведенные данные относятся к среднему варианту прогноза. Следует отметить, что принятые в перспективных расчетах ООН названия «более экономически развитые» и «менее экономически развитые» регионы заменены автором на «богатые» и «бедные» регионы.

В соответствии со средним вариантом прогноза к 2050 г. население мира достигнет 8,9 млрд. чел., причем прирост населения происходит и будет происходить в экономически менее развитых регионах.

Если рождаемость останется на современном уровне, то к 2050 г. население мира может достигнуть 12,8 млрд. чел. Средний вариант прогноза, дающий численность 8,9 млрд. чел., исходит из того, что усилия сделать средства планирования семьи доступными будут продолжаться и будут успешными.

О неравномерности годового прироста населения свидетельствуют следующие данные. В настоящее время темп роста населения составляет 1,22% в год, при этом для богатых регионов он равен 0,25% в год. Население же бед-



ных регионов растет почти в шесть раз быстрее – с темпом роста 1,46% в год. Ожидается, что к 2050 г. темп роста населения мира составит 0,33% в год, при этом бедные регионы будут расти с темпом 0,4% в год, а население богатых регионов будет убывать с темпом – 0,14% в год. Тридцать наиболее развитых стран будут иметь численность значительно меньшую, чем в настоящее время (в том числе Япония, Италия и Российская Федерация).

В 2000 г. плотность населения мира составляла 45 чел./кв. км, к 2050 г. предполагается ее увеличение до 66 чел./кв. км. В 2000 г. в богатых странах плотность населения составляла 23 чел./кв. км; ожидается, что к 2050 г. она не изменится. В бедных же странах плотность населения в 2000 г. составляла 59 чел./кв. км; ожидается, что к 2050 г. она возрастет до 93 чел./кв. км. Подобная плотность населения породит беспрецедентные проблемы использования земли. Кроме того, вполне вероятно, что неравномерность изменения плотности населения вызовет рост антропогенного влияния на природную среду Африки и рост миграционного давления на Европу со стороны Африки.

Подчеркивается, что региональные различия в росте населения касаются не только общей численности населения, но и возрастной структуры. Для демонстрации этого приведены возрастные пирамиды населений Европейского Союза в сопоставлении с Северной Африкой и Западной Азией.

Неравенство перед лицом смерти между богатыми и бедными странами будет сокращаться, но останется достаточно большим. В 2000-2005 гг. ожидаемая продолжительность жизни при рождении для всего мира оценивалась в 65 лет, в 2045-50 гг. – 74 года. Ожидается, что за этот период ожидаемая продолжительность жизни в богатых странах возрастет с 76 до 82 лет, а в бедных – с 63 до 73 лет.

Отмечается, что мир ожидает развитие процесса старения населения. Так, доля детей до 4-х лет, достигнув максимума в 14,0% в 1955 г., постепенно сократилась до 10,2% в 2000 г., а доля лиц в возра-

сте 60 лет и старше возростала с 8,1% в 1960 г. до 10,0% в 2000 г. Таким образом, каждая из этих возрастных групп составляет в настоящее время около 10% человечества. Ожидается, что к 2050 г. доля детей до 4-х лет сократится до 6,6%, а доля лиц в возрасте 60 лет и старше возрастет до 21,4%. Доля лиц в возрасте 65 лет и старше в общей численности населения возрастет с 7% в 2000 г. до 16% в 2050 г., причем в бедных странах эта доля изменится с 5% до 14%, а в богатых – с 14% до 26%. Будет продолжаться рост демографической нагрузки за счет пожилых, который также будет проходить неравномерно в бедных и богатых странах.

Раздел «**Демографические неопределенности: миграция и семья**» посвящен компонентам демографического развития, поведение которых наиболее трудно предсказать.

Ожидается, что основными странами выезда будут Китай, Мексика, Индия, Филиппины и Индонезия.

Международная миграция будет оставаться важным фактором развития для ряда стран, включая США. В настоящее время наибольшее число мигрантов находится в США, Индии, Пакистане, Франции и Германии. Однако наибольшая доля международных мигрантов в общей численности населения приходится на страны с относительно небольшой численностью населения (Объединенные Арабские Эмираты, Андорра, Кувейт, Монако и Катар).

Предсказание изменений семейной структуры представляется еще более сложной задачей, чем прогнозы миграции. Отмечается рост числа разводов и незарегистрированных фактических браков. Как следствие этого – рост внебрачной рождаемости; растет также число детей, не живущих со своими биологическими отцами.

На дальнейшие изменения семьи оказывают влияние три фактора: снижение рождаемости до очень низких уровней, рост продолжительности жизни, изменение норм брака, сожителства и развода. Автор подчеркивает, что следует понять влияние гендерного равенства в

образовании, заработков, социальных, законодательных и политических прав на брак, рождение и воспитание детей.

Следует отметить опубликованные ранее в журнале «Nature» оригинальные работы известных европейских демографов, посвященные этой же проблематике: Lutz W., Sanderson W., Scherbov S. Doubling of world population unlikely. Nature. 1997, 387: 803-805; Lutz W., Sanderson W., Scherbov S. The end of world population growth. Nature, 2001, 412: 543-545.

Дж. Коэн начинает свою работу с утверждения, что традиционные аналитические прогнозы населения не учитывают еду, воду, жилье, образование, здоровье, религию, ценности, законы и другие факторы и что это является следствием не отсутствия влияния этих факторов на демографические показатели, а научного невежества (scientific ignorance).

Подобная оценка представляется не вполне корректной. Дело в том, что произошла подмена понятий. Существуют **демографические прогнозы** – научно обоснованное предвидение изменения демографических процессов под влиянием социально-экономического развития (т. е. всего комплекса перечисленных выше факторов), для обозначения которых в англоязычной литературе используется слово **forecast**. Существуют также **перспективные расчеты** (называемые также аналитическими прогнозами) численности и структуры населения, выполняемые на основании некоторых оценок изменения уровней рождаемости, смертности и миграции. Основной целью перспективных расчетов (**projections**) является оценка демографических последствий тех или иных изменений в отдельных демографических процессах. Анализируемые в статье прогнозы являются **projections**, и к ним нельзя предъявлять требования, относящиеся к **forecasts**.

Доктор биол. наук
Г.Л. Сафарова,
Санкт-Петербургский
экономико-математический
институт РАН

ПРЕДСТОЯЩИЕ КОНФЕРЕНЦИИ

Симпозиум
«Биологические механизмы старения»
26-28 мая 2004 г., Харьков
Адрес оргкомитета: Украина, 61077
Харьков-77, пл. Свободы,
4 НИИ биологии ХНУ
Тел. (0572) 338244 и
(0572) 457340,
эл. почта:
padalko@univer.kharkov.ua
malyshev@univer.kharkov.ua
Тезисы докладов и заявки на участие –
до 15 марта 2004 г.

IX Международная научно-
практическая конференция
**«Пожилой больной.
Качество жизни»**
29 сен. – 1 окт. 2004 г., Москва
Адрес оргкомитета: Москва 115446,
Коломенский проезд, 4
ГКБ №7, Кафедра гематологии и
гериатрии ФППО ММА
им. И.М. Сеченова
Тел./факс: (095) 118-7474.
e-mail: **mtpndm@dol.ru**
Websites: **www.zdrav.net; www.rspor.ru**

XIX съезд Физиологического
общества им. И.П. Павлова,
20-24 сентября 2004 г., Екатеринбург
Адрес оргкомитета:
чл.-кор. РАН В.С. Мархасин,
Институт иммунологии и физиологии
УрО РАН
ул. Первомайская, 91, Екатеринбург
620219.
Тел.: (3432) 740-070
740-061 и 740-223
Факс: 744-133
e-mail: **iip@cranium.uran.ru**
cherechnev@prm.uran.ru
Тезисы докладов и заявки на участие –
с 1.01 по 20.06.2004.

2-я Республиканская научно-
практическая конференция
с международным участием:
**«Проблемы геронтологии и
гериатрии – 2004»**
Сыктывкар, 27-28 мая 2004 г.
Тезисы и заявки принимаются
до 1 мая 2004 г.
Оргкомитет:
Иванов Сергей Викторович.
167001 Сыктывкар,
ул. Коммунистическая 48-127.
Телефон: (8-8212) 31-28-06
факс: (8-8212) 24-33-38
e-mail: **ivanov@parma.ru**
web: **www.kfkgma.parma.ru**

1-я Международная французско-
российская конференция
**«Модели долговечности, старения
и деградации в теории надежности,
медицине и биологии»**
7-9 июня 2004 г., Санкт-Петербург
http://webcenter.ru/~wlady/
Оргкомитет:
В. Никулина,
Университет Бордо, Франция
e-mail: **vnikou@sm.u-bordeaux2.fr**
В. Полищук, Санкт-Петербургский
политехнический университет, Россия
e-mail: **wlady@online.ru**

В рамках конференции предполагается
проведение секционного заседания
**«Количественные модели
в геронтологии»**
Тезисы докладов: до 1 марта 2004.

Andalucia Longevity Forum,
December 12-14, Antequera, Spain
Contact: Dr. Federico Alonso
AECES: C/Infante D. Fernando
17.29200 – Antequera (Malaga), Spain
Tel. 00-34-952-840195
Fax: 00-34-846196
e-mail: **falonso@longevidad.org**
Website: **www.longevidad.org**

European School of Oncology:
Cancer in the Elderly
April 29-30, 2004, Liverpool, U.K.
Website: **www.cancerworld.org**
e-mail: **teaching@esoncology.org**
Tel.: +39-02-4335-9611

4th International Anti-Aging
Conference, September 2-5, 2004
Hilton Hotel, London, U.K.
E-mail:
ronald@antiaging-systems.com

3rd Congress of the European Union
Geriatric Medicine Society,
September 15th – 18th 2004, Austria
Center – Bruno-Kreisly Platz 1,
Vienna – Austria.
Information concerning this congress of
EUGMS:
EUGMS Secretariat, 8 rue Tronchet,
75008 Paris
Phone 33 (0) 1 40 07 11 21
fax 33 (0) 1 40 07 10 94
mbia@wanadoo.fr
The program of the 3rd Congress
can be sent by e-mail following
request sent by e-mail to Serdi :
serdi@serdi-fr.com

СОВЕТУЕМ

ПОЧИТАТЬ

Lichtman S.M. Guidelines for the
treatment of elderly cancer patients.
Cancer Control, 2003, Vol. 10, N. 6,
p.445-453.

Wieland D., Hirth V. Comprehensive
geriatric assessment. Cancer Control,
2003, Vol. 10, N. 6, p.454-462.

Extermann M. Studies of Comprehensive
geriatric assessment in patients
with cancer. Cancer Control,
2003, Vol. 10, N. 6, p.463-468.

Balducci L. Anemia, cancer, and
aging. Cancer Control, 2003, Vol. 10,
N. 6, p.478-486

Marcell T.J. Sarcopenia: causes,
consequences, and prevention. J. Gerontol.
Med. Sci., 2003, Vol. 58A, N 10,
p. 911-916.

Yarashevski K.E. Exercise, aging,
and muscle protein metabolism. J. Gerontol.
Med. Sci., 2003, Vol. 58A, N 10,
p. 918-922.

Leeuwenburgh C. Role of apoptosis
in sarcopenia. J. Gerontol. Med.
Sci., 2003, Vol. 58A, N 11, p. 999-1001.

Anisimov V.N. Insulin – IGF-1 signaling
pathway driving aging and cancer as a
target for pharmacological intervention.
Exp. Gerontol., 2003, 38,
10, 1041-1049.

Rattan S.I.S. Continuous remodeling
as a key to aging and survival: an
interview with Claudio Franceschi.
Biogerontology, 2003, vol.4, N 5, p.
329-334.

Macierra-Coelho A. The decline
of the clinical incidence of cancers
during human senescence. Gerontology,
2003, vol.49, N 6, p.341-349.

Hipkiss A.R. Errors, mitochondrial
dysfunction and ageing. Biogerontology,
2003, Vol.4, N 6, p.397-400.

Hood E. Toward a new understanding
of aging. Environ. Health Perspect.,
2003, vol.111, N 14, p. A756-
A759.

Adler T. Aging research. The future
face of environmental health. Environ.
Health Perspect., 2003, vol.111,
N 14, p. A761-A765.

Hooker K., McAdams D.P. Personality
reconsidered: A new agenda for
aging research. J. Gerontol. Psychol.
Sci., 2003, Vol. 58B, N 6, p.P296-P304.

КНИЖНАЯ ПОЛКА

- *Иллариошкин С.Н.* Конформационные болезни мозга. М.: «Янус-К», 2003. -248 с.
- *Практическая гериатрия (Избранные клинические и организационные аспекты)*
Под ред. Лазебника Л.Б., М.: ЗАО «Боргес», 2002. – 555 с.
- *Пожилые люди: социальная политика и развитие социальных услуг /*
Сост. Дегаева Н.С., Меновщиков В.Ю., Сабитова Г.В. – М.: ГосНИИ семьи и воспитания, 2003. – 224 с.