ЗДОРОВ'Я ТА ВІК: СЛІДАМИ VI НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ ГЕРОНТОЛОГІВ І ГЕРІАТРІВ УКРАЇНИ

Рік, що минає, ознаменувався плеядою значущих галузевих подій, заходів та форумів, серед яких помітне місце посів VI Національний конгрес геронтологів і геріатрів України (далі — Конгрес), що відбувся 19–21 жовтня 2016 р. в Києві у форматі трьох пленарних, дванадцяти секційних засідань і трьох симпозіумів за участю 650 фахівців із одинадцяти міст України (Київ, Харків, Одеса, Львів, Дніпро, Івано-Франківськ, Вінниця, Черкаси, Чернівці, Ужгород, Суми), а також із країн СНД і далекого зарубіжжя (Казахстан, Білорусь, США, Німеччина, Великобританія, Австрія, Швейцарія, Португалія, Словаччина, Ізраїль, Бразилія). Привітання на адресу Конгресу надійшли від президента Національної академії наук (НАН) України, академіка НАН України Бориса Патона, Міністерства соціальної політики України, Міністерства освіти та науки України, інших державних установ і громадських організацій. А особисто привітали учасників та гостей почесні співголови оргкомітету Конгресу — голова Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я, народний депутат України Ольга Богомолець та президент Національної академії медичних наук (НАМН) України, академік НАМН України Віталій Цимбалюк.

Вітаючи учасників наукового зібрання, **Ольга Богомолець** подякувала організаторам Конгресу і керівництву НАМН України за наполегливу роботу, що проводиться ними з кінцевою метою зробити життя українців тривалішим за роками і якіснішим за станом здоров'я. «Я рада бути тут присутньою ще й тому, що мій прадід академік Олександр Богомолець був одним з основоположників геронтології як науки, присвятив все своє життя служінню охороні здоров'я людей. Бачу в цьому і свій обов'язок та основне завдання — покласти всі сили на те, щоб збудувати таку українську державу, де здоров'я людини розглядається як найцінніший скарб. Сподіваюся, що спільними зусиллями нам вдасться переломити сумні тенденції сьогодення, зокрема щодо кричущо низької тривалості життя наших співгромадян. Саме з цією метою мною створено громадянську платформу «Україна 80+», яка бачить свою місію у побудові в державі нової системи цінностей, орієнтованої на кожну людину та сім'ю. Вона спрямована на збільшення тривалості гідного, здорового життя людини до 80 і більше років. У рамках проекту «Україна 80+» розроблений алгоритм і побудовані тактики зниження смертності за конкретними захворюваннями. Цей проект ґрунтується на засадах державно-приватного партнерства і передбачає об'єднану участь громадських організацій, бізнес-структур і держави для досягнення єдиної мети. Громадська платформа «Україна 80+», як диригент в оркестрі, може і повинна об'єднати громадян по всій країні — чиновників і політиків, підприємців і громадські організації та продемонструвати спільне бажання і дію в досягненні мети: збільшення тривалості гідного, здорового, успішного життя кожної людини. Ми не повинні боротися за щоденне виживання з державною машиною, а маємо просто жити й насолоджуватися життям разом із державою-сервісом. Гроші, економіка, екологія, промисловість, освіта, культура, сільське господарство, охорона здоров'я — всі вони мають служити кожній людині та сім'ї. Якщо в осяжному майбутньому ми не почнемо дбати про своє здоров'я, то перетворимося на країну інвалідів. Хвороби систем кровообігу, травлення і дихання, новоутворення і цукровий діабет, а часто просто тривіальне незнання азів профілактики та ранньої діагностики хвороб забирають життя українців, які перебувають у повному розквіті сил. Більшість чоловіків, наприклад, мешканців Сходу країни, не доживають до 60 років. Натомість взяти здоров'я у свої руки — означає почати стежити за тим, що я їм, п'ю, чим дихаю, що дивлюся і читаю, як розмовляю, чи отримую задоволення від роботи, чи дбаю про себе. Стратегію і тактику громадської платформи «Україна 80+» ми створювали впродовж семи років і готові не в теорії, а на ділі продемонструвати її ефективність на державному рівні. Здорова нація, спортивна нація, відповідальна нація, щаслива нація — таким буде народ України: я щиро в це вірю і докладу для реалізації такого стану речей всіх можливих зусиль. Збільшення тривалості гідного і щасливого життя громадян України має стати метою державного будівництва на найближчі 10 років, щоб перетворитися на стиль життя наших дітей та онуків», — наголосила парламентар.

Академік **Віталій Цимбалюк** назвав Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України перлиною серед академічних установ і тепло пригадав 1972 р., коли на базі закладу проходив 9-й Конгрес Міжнародної асоціації геронтологів — справжнє наукове дійство світового масштабу. «Нині у ході бойових дій на Сході України чи не щодня гинуть молоді люди. І комусь може здатися, що не на часі ставити геронтологічні питання. Але — категорично ні. Дуже на часі. Ми повинні постійно працювати з цією

проблематикою. Україна завжди славилася своїми довгожителями, — але це довгожительство повинно бути якісним, повноцінним. І чим більше буде людей старшого віку — тим кращими виростатимуть прийдешні покоління: адже буде кому передавати славні традиції онукам і правнукам, а це можуть зробити лише люди старшого покоління», — переконаний керманич НАМН України. Також він торкнувся болючої бюджетної теми. «Склалася парадоксальна ситуація: посадовці, які уповноважені державою розподіляти її (держави) бюджетні кошти, не до кінця зрозуміли, чим насправді є НАМН України. Вони вирішили, що академія — це рожевий особнячок по вулиці Герцена, 12. І зовсім забули, що це — 36 потужних клінічних інститутів, які виконують величезну і надзвичайно важливу роботу! На щастя, спільними зусиллями нам вдалося розтлумачити ситуацію, і нині це розуміння вже прийшло», — зауважив академік В. Цимбалюк і висловив глибоку подяку присутній у президії Конгресу народному депутату України О. Богомолець та очолюваному нею Комітету Верховної Ради України з питань охорони здоров'я — за дуже активну підтримку та ефективну допомогу на всіх відповідних владних щаблях, що дало академії та її клінічним установам надію вистояти у «бюджетних війнах за виживання». Зала долучилася до цієї подяки, підтримавши її аплодисментами.

Владислав Безруков, директор Інституту геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, академік НАМН України, голова Наукового товариства геронтологів та геріатрів України, голова оргкомітету Конгресу, керував роботою пленарних засідань, у рамках яких і сам виступив із доповіддю стосовно національно-етнічних та біологічних факторів феномену довголіття, а також відзвітував про діяльність Наукового медичного товариства геронтологів та геріатрів України за період 2011–2015 р. Дефінітивно академік В. Безруков нагадав сучасну структуру категоризації населення старших вікових груп:

- особи похилого віку ⩾60;
- довгожителі ⩾90;
- столітні ⩾100;
- надстолітні ⩾110 років,

та зауважив, що чисельність населення старшого віку невпинно зростає в усьому світі (рис. 1–3). Характерно, що серед прикладів цієї тенденції фігурують видатні вітчизняні геронтологи: засновник Інституту геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, учень О.О. Богомольця, академік Микола Горєв (1900–1992); колишній директор Інституту, ім'я якого нині носить ця передова науково-клінічна установа, — академік Дмитро Чеботарьов (1908–2005); один із видатних науковців Інституту, на честь якого в рамках Конгресу відкрито меморіальну дошку, — професор Микита Маньковський (1914–2014).

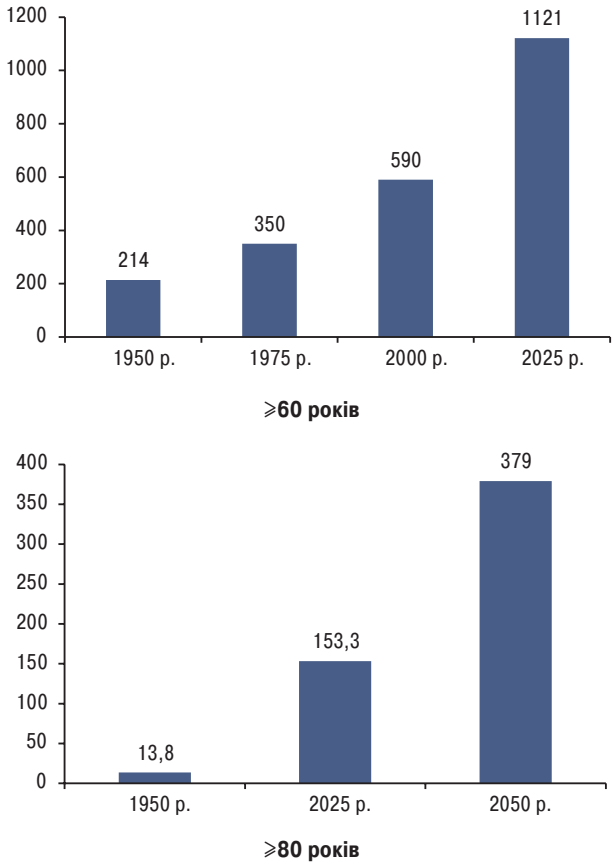

Рис. 1. Кількість людей похилого віку у світовій популяції (млн)

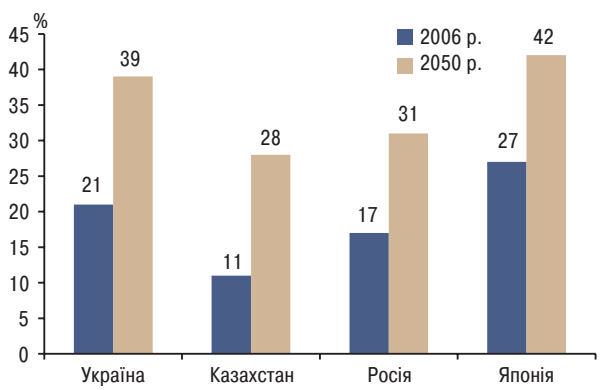

Рис. 2. Демографічний прогноз 60+ (частка у загальній кількості населення, %)

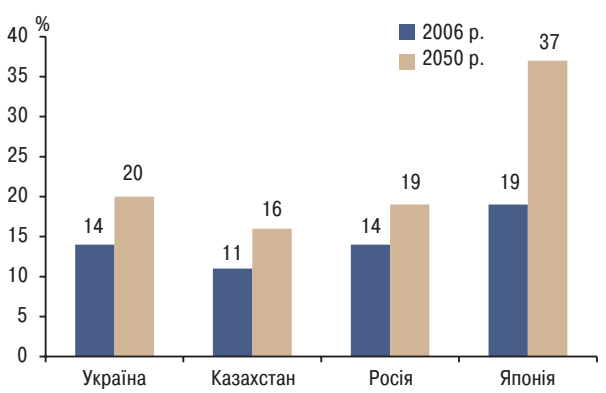

Рис. 3. Демографічний прогноз 80+ (частка серед населення похилого віку, %)

Розглядаючи національно-етнічні особливості темпів старіння населення, доповідач відзначив, що, зокрема, в Азербайджані та Абхазії біологічний вік відстає від паспортного у чоловіків на 10 років і у жінок — на 15. Водночас вікові зміни функціонального стану центральної нервової системи (зниження частоти α-ритму, збільшення інтенсивності повільних ритмів та подовження латентного періоду, звуження діапазону реактивності, зниження швидкості кровотоку в судинах головного мозку тощо) серед населення, що проживає на зазначених територіях, відбуваються на 15 років пізніше, ніж в Україні, і на 10 років пізніше, ніж у Німеччині.

До факторів, що визначають феномен довголіття на Кавказі, віднесено:

- сприятливі соціально-середовищні фактори;
- сприятливі етнопсихологічні фактори та особливості особистості;
- «здоровий» тип харчування;
- висока рухова активність;
- низький рівень захворюваності на серцево-судинну патологію в осіб похилого віку та довгожителів;
- конституційно-генетичні особливості біоелектричної активності головного мозку та хромосомного поліморфізму.

Також було озвучено 9 факторів у середньому віці, що сприяють довголіттю (за Willcox D.C., 2007):

- худорлява статура;
- низький рівень артеріального тиску;
- низький рівень глюкози в сироватці крові;
- низький рівень холестерину в сироватці крові;
- помірне вживання алкоголю;
- відсутність тютюнопаління;
- значна сила кисті;
- вищий рівень освіти;
- наявність сім'ї.

Фактор правильного харчування характеризується як один із ключових для досягнення поважного віку; зокрема, серед особливостей харчування довгожителів виявлено нижченаведені (Григоров Ю.Г., Кузнецова С.М., 2003):

- низькокалорійний раціон (1500–2000 Ккал);
- молочно-рослинне спрямування (мікрофлора кишечнику довгожителів та здорових дітей практично тотожна; понад те, з кишечнику довгожителів виділено лактобактерію, з використанням якої розроблено молочно-кислі продукти, зокрема в Україні — Геролакт);
- їжа багата на баластні речовини (клітковина);
- достатній вміст амінокислот (метіоніну, цистеїну, глутамінової кислоти);
- високий вміст поліненасичених жирних кислот (лінолевої);
- високий вміст вітамінів, природних антиоксидантів і капсаїцину (терморегуляція);
- активне вживання чаю, що містить катехіни (зниження рівня β-амілоїду);
- помірне вживання алкоголю.

Такі особливості сприяють підвищенню рівня ліпопротеїдів високої густини, що проявляють важливі захисні властивості, зокрема:

- антиоксидантну дію;
- антитромботичну дію;
- протизапальний ефект;
- покращують ендотеліальну функцію;
- сприяють відновленню ендотелію;
- покращують контроль над цукровим діабетом;
- сприяють виведенню холестерину з артеріальної стінки.

На тлі зазначених факторів вкотре підтверджується той факт, що тривалість життя людини прямо корелює зі станом її здоров'я, — і в розглядуваному контексті ця кореляція, на жаль, не на користь України (рис. 4).

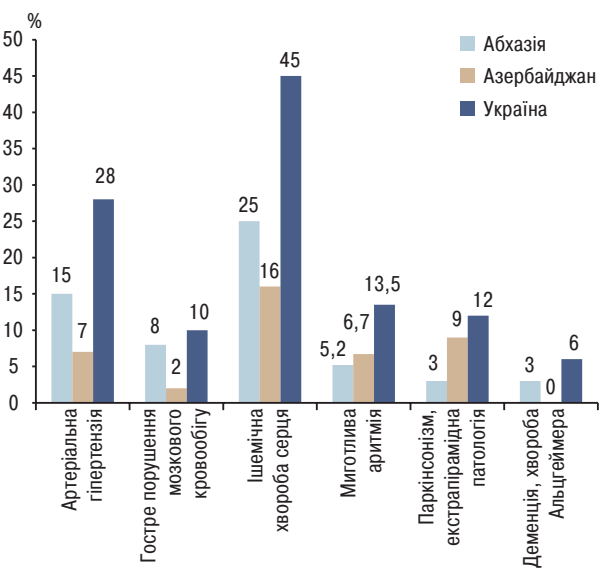

Рис. 4. Частота серцево-судинних та неврологічних захворювань, виявлених серед довгожителів

«Феномен довголіття базується на трьох китах: середовище, генетика і шанс. Перші два фактори від людини залежать мало, натомість третій — вельми значною мірою. Людина здатна поборотися за шанс жити

довго, і тут — кожен сам собі коваль власного довголіття, а головна зброя — здоровий спосіб життя», — підсумував наукову частину своєї доповіді академік В. Безруков, щоб у рамках одного з подальших засідань Конгресу оприлюднити звіт правління Наукового медичного товариства геронтологів і геріатрів України (далі — Товариство). У рамках цього звіту він нагадав, що Товариство існує з 1963 р. як громадська організація (до 1991 р. входило до складу Всесоюзного товариства геронтології та геріатрії), з 31 січня 1997 р. перереєстровано Міністерством юстиції України, а нині об'єднує понад 300 членів і має 11 регіональних осередків у Дніпропетровській, Харківській, Полтавській, Вінницькій, Черкаській та інших областях. За часів існування колишнього СРСР за участю товариства проведено 5 Всесоюзних з'їздів геронтологів і геріатрів; за часів незалежності України — 2 національних з'їзди. Щодо підзвітного періоду, то у 2011–2015 рр. проведено 5 конгресів, 35 науково-практичних конференцій (у тому числі з міжнародною участю), 21 науково-практичну конференцію в рамках проекту «Дні геронтології та геріатрії в різних регіонах України», 42 щорічні школи-семінари для лікарів (у тому числі міжнародних); зроблено 1099 наукових доповідей (з них 290 за кордоном), прочитано 791 лекцію для лікарів (у тому числі виїзних). На думку доповідача, соціально-економічний стан у країні — війна на Сході, фінансово-економічна криза, зубожіння населення (особливо людей похилого віку), вкрай недостатнє фінансування науки та охорони здоров'я — все це суттєво впливає на роботу Товариства та його членів, їх наукову, організаційну, видавничу, просвітницьку, міжнародну діяльність. Констатовано недостатню активність регіональних осередків та членів Товариства, їх недостатню участь в інформаційній та видавничій діяльності. Водночас перед Товариством стоїть широке коло завдань, насамперед:

- сприяння науковим розробкам теоретичних і практичних питань геронтології та геріатрії;
- участь у науково-методичній і практичній допомозі органам та закладам охорони здоров'я в галузі геронтології та геріатрії;
- сприяння органам охорони здоров'я у наданні медико-соціальної допомоги людям старшого віку;
- участь у розробці пропозицій з удосконалення навчальних планів і програм викладення в медичних, стоматологічних, фармацевтичних інститутах удосконалення лікарів та медичних училищах;
- сприяння підготовці та підвищенню кваліфікації медичних працівників, розширенню та поглибленню їх фахових знань у галузі геронтології та геріатрії;
- пропаганда досягнень медичної науки у сфері геронтології та геріатрії;
- сприяння у встановленні та розвитку міжнародних наукових зв'язків;
- видавнича діяльність у формі некомерційного видавництва профільного журналу та матеріалів наукових з'їздів, конференцій, симпозіумів, інших інформаційних матеріалів.

Клінічний вектор Конгресу яскраво відобразився у доповіді «Похилий пацієнт: як лікувати?» професора **Лариси Єни**, керівника відділу клінічної та епідеміологічної кардіології Інституту геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, яка розгорнула перед аудиторією розмаїту палітру патофізіологічних міркувань, терапевтичних підходів та клінічних застережень під гаслом мудрої сентенції Матвія Мудрова (1776–1831), ординарного професора патології та терапії Московського університету: «Лікувати не хворобу, а хворого».

Загалом традиційними мішенями лікування є зменшення вираженості симптомів (покращення якості життя) та зниження ризику ускладнень (відповідно, збільшення тривалості життя, зниження інвалідизації тощо). Що ж змінюється у пацієнтів геріатричного профілю? Їм необхідно забезпечити звичний спосіб життя і здатність до самообслуговування. Тому чим старший пацієнт, чим більше він поліморбідний — тим більше пріоритети терапії зміщуються у бік збільшення незалежності, покращення якості життя (причому не в розумінні лікаря, а в розумінні самого пацієнта та членів його сім'ї). Чим старша людина, тим обмеженішими стають її можливості. Також зрозуміло, що у людей старшого віку на перший план виходять вікові зміни. З віком формуються ті види патології, які прийнято називати вікозалежними (age-dependent). Водночас формується поліморбідність — чим старший вік, тим більша кількість захворювань припадає на одного пацієнта. Згідно з наведеними даними, у 80% осіб віком ⩾80 років виявляють 5–8 захворювань. Звісно, лікування починається з діагностики — і в геріатрії заслуговує на особливу увагу поняття всебічного геріатричного обстеження, яке включає не лише суто медичні, але й обов'язково немедичні домени. Всебічне геріатричне обстеження покликане оцінити функціональні можливості, фізичне здоров'я, когнітивно-ментальні функції — і для цього необхідний надійний діагностичний інструментарій.

Вікова поліморбідність і відповідна поліфармакотерапія формують так званий **геріатричний синдром** (Tinetti M.E. et all., 2000). Більшість лікарів звикли до «традиційних» (ізольованих) синдромів (одна причина — багато відповідних проявів) — артеріальної гіпертензії, серцевої недостатності тощо. В геріатрії — все з точністю до навпаки. Приклад: геріатричний синдром падіння — людина падає (один прояв), а причин тому може бути безліч (гіпо- або гіперглікемія, атеросклеротична гіпотензія, артрит, гостре захворювання, побічна дія лікарських препаратів тощо). В результаті цих причин третина людей у віці старше 65 років щорічно переживають падіння, 50% з них — неодноразово; у геріатричній когорті падіння є основною причиною смерті від травм, вони зумовлюють 10% звернень до лікаря, 6% ургентних госпіталізацій. 1 з 10 падінь призводить до серйозних ушкоджень: перелому шийки стегна та інших локалізацій, субдуральних гематом

та інших ушкоджень голови, серйозних ушкоджень м'яких тканин. Для уникнення падінь необхідно насамперед встановити етіологічні фактори, а також розглянути можливість перегляду схеми медикаментозного лікування, застосування фізичних методів лікування, за необхідності залучення додаткових пристосувань, забезпечити безпеку вдома. Для геріатричного синдрому характерно:

- мультифокальна етіологія;
- наявність спільних ризик-факторів для різних геріатричних синдромів;
- тісний зв'язок зі зниженням функціональних можливостей;
- чітка асоціація з підвищенням захворюваності та смертності;
- зміщення пріоритетів лікування (синдроми як головна мішень).

Серед основних геріатричних синдромів виокремлено такі, як деменція, делірiум, неутримання, падіння, порушення ходьби, запаморочення, синкопе, порушення слуху, порушення зору, остеопенія, порушення харчування, порушення сну, порушення поведінки, пролежні, **дряхлість** (останньому науковець надає значення не просто старечого синдрому, а кардинального стану для модифікації всієї служби охорони здоров'я).

Принципи немедикаментозного лікування пацієнтів геріатричної когорти — профілактична і терапевтична спрямованість; основні складові важелі — дієта, фізична та розумова активність. Для людей похилого віку характерною є нездатність переносити будь-які різкі зміни життєвого стереотипу. Але необхідно робити все можливе для активізації пацієнтів, їх стимулювання до корисних дій (вдягання, туалет, харчування), призначати лікувальну фізкультуру тощо. Водночас необхідно всіляко уникати тривалої госпіталізації та суворого постільного режиму: **надмірно суворий та тривалий постільний режим — категорично небажаний**, оскільки зумовлює високий ризик:

- гіпостатичної пневмонії;
- тромбоемболічних ускладнень;
- порушень з боку сечовидільної системи: зниження тонусу детрузора, міхурово-сечохідний рефлюкс, гідронефроз, прискорення конкрементоутворення, загострення пієлонефриту — «хвороби догляду» (maladie de sorti);
- порушення дефекації: гіпомоторна дискінезія кишечнику, копростаз, утворення калового каміння, дивертикули, ускладнений геморой;
- порушення жовчовиділення: гіпомоторна дискінезія жовчного міхура та сфінктера Одді, прискорене конкрементоутворення, холецистит;
- зниження апетиту і катаболізму: прогресуюча аліментарна дистрофія з невідворотними наслідками;
- збільшення тугорухливості суглобів: прискорення темпу дегенерації хряща, вторинні синовіти, гнійні артрити, прогресуючий остеопороз, асептичні некрози кісток;
- порушення сну і психіки: зміна біоритмів, переплутування дня з ніччю, сплутаність).

Медикаментозна терапія геріатричного вікового контингенту = поліфармація. Це її стрижень. Проте **поліфармація** та **поліпрагмазія** — це сутнісно різні поняття. Поліфармація може бути раціональною. Наприклад, вторинна профілактика інфаркту міокарда часто потребує одночасного застосування лікарських засобів чотирьох фармакотерапевтичних груп: блокаторів бета-адренорецепторів, антитромбоцитарних засобів, статинів та інгібіторів ангіотензинперетворювального ферменту. **Раціональна поліфармакотерапія**, зокрема, передбачає:

- всі препарати призначаються задля досягнення конкретної терапевтичної мети, узгодженої з пацієнтом;
- терапевтична мета ставиться з урахуванням того, чи є розумний шанс її досягнення у перспективі;
- терапія була оптимізована з метою звести до мінімуму ризик побічних реакцій;
- пацієнт вмотивований і здатний приймати всі ліки згідно з призначенням.

Натомість **неприйнятна поліпрагмазія** — це коли один або декілька препаратів не потрібні, оскільки:

- немає показань на основі доказової медицини, показання сплинуло, зависока доза;
- препарат вибраний хибно, оскільки не може забезпечити досягнення поставленої терапевтичної мети;
- препарат (препарати) викликають побічні реакції чи створюють високий ризик їх виникнення;
- пацієнт не хоче або не в змозі приймати один або декілька з призначених препаратів.

Згідно з наведеними даними мультицентрового обсерваційного дослідження у мережі практичної охорони здоров'я Німеччини (Jeschke E. et al., 2010; кількість врахованих — 30 076 осіб), майже третина пацієнтів віком ⩾80 років отримують одночасно 5–10 лікарських препаратів, і майже $^1/_5$ — >10 найменувань (рис. 5).

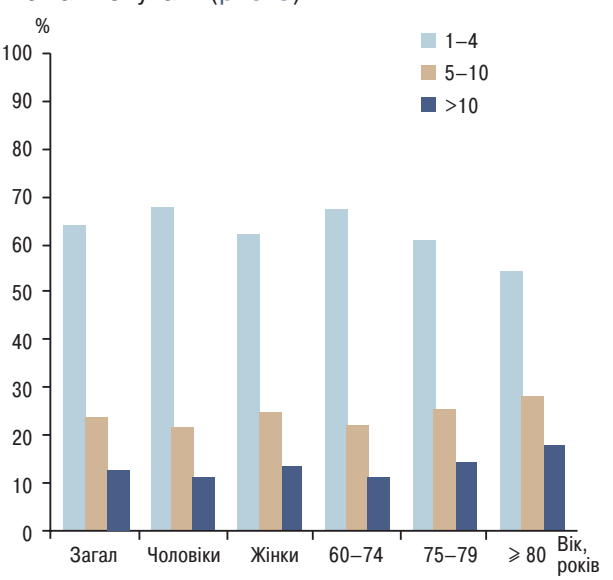

Рис. 5. Поліфармація в осіб похилого віку (за Jeschke E. et al., 2010)

Основні **ризики поліфармації**:

- взаємодія лікарських засобів;
- застосування потенційно невідповідних препаратів;
- незалежний фактор ризику (смерті, перелому шийки стегна, а також ризику падінь — особливо при застосуванні препаратів, що впливають на центральну нервову систему);
- ризик «каскаду призначень»: побічна реакція сприймається як нове захворювання;
- врешті-решт, прийом багатьох препаратів знижує прихильність пацієнтів до терапії.

Було наведено вельми ілюстративний і такою ж мірою типовий приклад огрядного «фармакораціону» похилого поліморбідного пацієнта із «судинно-метаболічним букетом» — артеріальною гіпертензією, хронічною серцевою недостатністю, інсультом у свіжому анамнезі, цукровим діабетом, хронічною обструктивною хворобою легень та остеопорозом (Shuling J. et al., 2012):

1. Кальцій/вітамін D — 500 мг/400 МО х 2
2. Алендронат таблетки — 70 мг
3. Ацетилсаліцилова кислота — 80 мг х 1
4. Дипіридамол — 200 мг х 2
5. Еналаприлу малеат — 10 мг х 1
6. Гліклазид — 30 мг х 1
7. Гідрохлоротіазид — 12,5 мг х 1
8. Метформіну гідрохлорид — 500 мг х 3
9. Метопрололу тартрат — 50 мг х 1
10. Парацетамол — 500 мг х 3
11. Ранітидин — 150 мг х 2
12. Сальметеролу ксинафоат, інгаляції — 50 мкг х 2
13. Симвастатин — 40 мг х 1
14. Спіронолактон — 25 мг х 1
15. Тіотропіум, інгаляції — 18 мкг х 1
16. Темазепам — 10 мг х 1

За результатами іншого дослідження, проведеного у Канаді в форматі випадок/контроль щодо виявлення побічних реакцій серед пацієнтів, які приймають один із трьох препаратів (інгібітори ангіотензинперетворювального ферменту, дигоксин та глібенкламід), з'ясувалося, що, зокрема:

- на тлі прийому ко-тримоксазолу частота госпіталізацій підвищується у 6 разів;
- на тлі прийому кларитроміцину токсичність дигоксину підвищується у 12 разів;
- на тлі прийому калійзберігаючих діуретиків частота виникнення гіперкаліємії підвищується у 20 разів.

Крім того, відомо, що:

- гінкго білоба разом із варфарином натрію клатрату підвищують ризик виникнення кровотеч;
- звіробій з інгібіторами зворотного захоплення серотоніну у осіб похилого віку призводять до серотонінергічного синдрому;
- $^3/_4$ пацієнтів не інформують щодо одночасного з лікарськими засобами застосування фітопрепаратів або дієтичних добавок (які також аж ніяк не є індиферентними щодо взаємодії з ліками) тощо.

Ще низка клінічних прикладів стосується «каскаду призначень», який виникає, коли часто-густо порушується золоте правило фармаконагляду — **будь-який новий симптом слід розцінювати як побічну дію лікарського засобу, допоки не буде доведено іншу причину цього симптому:**

- габапентин — *НАБРЯКИ* — фуросемід;
- літій — *ТРЕМОР* — пропранолол;
- блокатор β-адренорецепторів — *ДЕПРЕСІЯ* — антидепресанти;
- нестероїдні протизапальні препарати (НПЗП) — *ПЕЧІЯ* — блокатор H_2-помпи;
- амлодипін — *НАБРЯКИ* — діуретики;
- блокатор H_2-помпи — *ДЕФІЦИТ* B_{12} — B_{12}.

Коли йдеться про будь-яку фармакотерапію, ніколи не можна нехтувати обставинами та застереженнями у разі припинення застосування препаратів — це особливо актуально для представників геріатричного контингенту з їх надзвичайно тендітним і хитким метаболізмом (табл. 1).

Доповідач зауважила, що хибне коло поліфармації замкнене і працює за принципом сніжного клубка: чим більша кількість захворювань (коморбідність) → тим більше застосовується препаратів (поліфармація) → тим більше розвивається побічних реакцій (зворотних та незворотних). Побічні реакції розрізняють за тяжкістю, зворотністю та можливістю упередження. Найбільш поширені ускладнення медикаментозної терапії у старості наведено у табл. 2, а синдроми, перебіг яких ускладнюється під дією певних препаратів, — у табл. 3.

Таблиця 1

Синдром відміни для деяких препаратів

Відмінений препарат	Синдром відміни
Амлодипін	Підвищення артеріального тиску
Діуретики	Набряки, збільшення маси тіла, хрипи в легенях
Блокатори β-адренорецепторів	Підвищення артеріального тиску та частоти серцевих скорочень, стенокардія, збудження
Серцеві глікозиди	Серцебиття, підвищення частоти серцевих скорочень
Антиконвульсанти	Депресія, судоми, тривога
Антидепресанти	Озноб, інсомнія, дратівливість, пітливість, головний біль, пізніше – відновлення симптомів депресії
НПЗП	Відновлення болю, рухові обмеження
Блокатори протонної помпи	Відновлення печії
Габапентин	Відновлення болю, рухові обмеження

Таблиця 2

Найчастіші ускладнення медикаментозної терапії в старості

Побічна реакція	Препарат
Падіння	Седативні, антихолінергічні, антигіпертензивні, антидепресанти, антигіперглікемічні
Когнітивні порушення	Антихолінергічні, антигістамінні, трициклічні антидепресанти, бензодіазепіни
Нетримання	Антидепресанти, седативні (бензодіазепіни), блокатори α-адренорецепторів, діуретики
Запор	Антихолінергічні, опіоїди, трициклічні антидепресанти, антагоністи кальцію, кальційвмісні дієтичні добавки
Деліріум	Антидепресанти, антипсихотичні, антиконвульсанти
Діарея	Антибактеріальні засоби, інгібітори протонної помпи, алопуринол, сартани, інгібітори зворотного захоплення серотоніну, психолептики (анксіолітики)
Шлунково-кишкові кровотечі	НПЗП, пероральні антикоагулянти

Таблиця 3

Погіршення перебігу деяких хвороб/станів, спричинене препаратами

Захворювання/ симптом	Препарат	Погіршення
Цукровий діабет	Глюкокортикоїди, блокатори β-адренорецепторів, діуретики	Гіперглікемія, маскована гіпоглікемія, збільшення маси тіла, дисліпідемія
Остеопороз	Глюкокортикоїди	Ризик переломів
Аденома передміхурової залози	Антихолінергічні, антигістамінні	Порушення сечовипускання
Запор	Антихолінергічні, антигістамінні, опіоїди, антагоністи кальцію	Уповільнення моторики шлунково-кишкового тракту
Паркінсонізм	Антипсихотичні	Погіршення моторики
Артеріальна гіпертензія	НПЗП	Затримка рідини, зростання артеріального тиску

У пацієнтів геріатричного профілю безпека фармакотерапії значно погіршується, сказати б, розпорошується під впливом особливостей організму — і така картина спостерігається по всьому світові. Так, у Нідерландах $^2/_3$ госпіталізацій з приводу зумовлених фармацевтичними препаратами ургентних станів пов'язані з застосуванням чотирьох груп препаратів: варфарину, пероральних антиагрегантів, інсуліну та антигіперглікемічних засобів (Leendertse A.J. et al., 2008). Натомість у Японії серед топ-препаратів, що викликають побічні реакції, — антихолінергічні, антигістамінні, бензодіазепіни, сульпірид, дигоксин (Onda M. et al., 2015). І це не дивно з огляду на усталену хибну практику, коли недостатня кваліфікація медичного персоналу робить істотний внесок у розвиток побічних реакцій на лікарські засоби у популяції людей старшого віку. Зокрема, в Європейському Союзі препарати, невідповідні клінічному стану, виписуються у 20–25% випадків. У США цей показник приблизно такий же, причому, за результатами діяльності Medicare у 1999–2000 рр., причини побічних реакцій на ліки були зумовлені: випискою препаратів (60,8%), контролем лікування (20,1%), комплаєнсом (21,1%). А тим часом у Росії: 36% хворих — призначені НЕпоказані препарати; 2,5% — призначені ПРОТИпоказані препарати; 31% — показані препарати, НЕ призначені.

Профілактика побічних реакцій передбачає ідентифікацію пацієнтів високого ризику; важливими детермінантами виступають вік і стан здоров'я (наявність коморбідності, порушення денної активності або застосування засобів/пристосувань для її забезпечення) (Carter M.W. et al., 2014). Тож у цій надважливій безпековій площині (з позиції «витримки на міцність» похилого організму перед фармаконатиском) становить суттєвий клінічний інтерес і значну утилітарну цінність Геронтологічна шкала ризику побічних реакцій (The GerontoNet ADR risk score), представлена у табл. 4.

З наведених даних стає очевидним, що **концепція невідповідних препаратів у геріатрії** виникла не на порожньому місті й не від хорошого життя. Її автори M. Pirmohamed, S. James, S. Meakin зі співавторами (2004) визначили важливий принцип та амбітну мету: кількість побічних реакцій на ліки та пов'язаних із ними госпіталізацій може бути удвічі зменшена завдяки уникненню призначення препаратів, потенційно небезпечних для осіб похилого і старечого віку. У США перелік небажаних препаратів, складений на основі даних про механізми їх дії, фармакокінетику та профіль безпеки у людей похилого віку (критерії Beers), було вперше представлено у 1991 р., а в 2012 р. переглянуто Американським товариством геронтологів.

Таблиця 4

Геронтологічна шкала ризику побічних реакцій (за Paille F., 2004)

Критерій	Бали
⩾4 коморбідних станів	1
Застійна серцева недостатність	1
Захворювання печінки (підвищення рівня трансаміназ у ⩾2 рази)	1
Порушення функції нирок (кліренс креатиніну <60 мл/хв)	1
Прийом 5–7 препаратів	1
Прийом ⩾8 препаратів	4
Попередні побічні реакції	2

Зокрема, згідно з критеріями (переліком) Beers, виокремлюються препарати,

- яких слід уникати, незважаючи на певні захворювання та стани;
- які мають певні обмеження для застосування при певних хворобах/синдромах;
- які слід приймати з обережністю (при певних станах і в певних дозах).

Подібні геріатрично-фармакобезпекові ініціативи започатковані й в інших країнах: Ірландія — STOPP/START критерії, Німеччина — перелік PRISCUS, Євросоюз — перелік EU(7)-PIM тощо. Окрім того, на базі наукових центрів Німеччини, Великобританії, Австрії та Італії розпочато дослідження PRIMA-eDS, в рамках якого здійснюється апробація системи електронної підтримки для прийняття рішень про призначення ліків в умовах поліморбідності.

«**Лікар-геронтолог — більше ніж лікар**», — підсумувала свій виступ професор Л. Єна (а тоді запідозримо, що **геронтологія — це педіатрія навпаки**: саме такий висновок напрошується до її фундаментально змістовної доповіді, яка містить вельми корисну актуальну інформацію не лише для геронтологів, але й терапевтів, сімейних лікарів, кардіологів, ревматологів, лікарів інших спеціальностей та й самих пацієнтів як поважно-повноважних VIP-учасників лікувального процесу. — *Прим. авт.*).

Підхопив клінічну естафету Конгресу і розвинув її у здебільшого ревматологічній (патогномонічній для геронтологічного контексту) площині професор **Владислав Поворознюк**, керівник відділу клінічної фізіології опорно-рухового апарату Інституту геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України, президент Української асоціації остеопорозу, президент Укра-

їнської асоціації менопаузи, андропаузи і захворювань кістково-м'язової системи, директор Українського науково-медичного центру проблем остеопорозу. У ролі гасел для своїх наукових доповідей із трибуни Конгресу він вибрав постулати авторства двох корифеїв вітчизняної геронтології, чиї імена вже згадувалися вище:

- «Розвиток експериментальної та клінічної геронтології, нові дані про фізіологію старіючого організму знаходять глибоке відображення і в такому новому розділі медицини, як геріатрична фармакологія та фармакотерапія. Лікар майже кожної клінічної спеціальності повинен знати особливості дії лікувальних засобів на старіючий організм, принципи медикаментозної терапії хворих літнього віку...» (академік Д.Ф. Чеботарьов);
- «Вікові й атрофічні зміни в корі та підкіркових структурах виявляють принципову схожість зі змінами, властивими хворобі Паркінсона та хворобі Альцгеймера. Ці захворювання виростають із проявів старіння, коли додаткові декомпенсуючі фактори перетворюють приховані поточні нейродегенеративні захворювання на маніфестні клінічні синдроми. У результаті — вікові зміни центральної нервової системи полегшують розвиток патологічних процесів і роблять відносно чіткими нозологічні межі в літньому та старечому віці...» (професор М.Б. Маньковський).

Починаючи з макрорівня (табл. 5), доповідач навів дані щодо середньої очікуваної тривалості життя у різних країнах (де, як і щодо захворюваності, — див. рис. 4 — Україна, на жаль, виглядає, м'яко кажучи, у не найкращому світлі).

Таблиця 5

Середня очікувана тривалість життя чоловіків і жінок (за В.В. Безруковим, 2013)

Країна	Середня очікувана тривалість життя, років	
	Чоловіки	Жінки
Україна	65,2	75,3
Росія	62,8	74,7
Великобританія	78,7	82,6
Іспанія	79,1	85,3
Італія	79,4	84,6
США	75,4	80,4
Франція	78,3	85,3
Швейцарія	80,2	84,8
Японія	79,6	86,4

Зокрема із прицілом на **кісткову тканину** було оприлюднено оригінальні дані щодо структурно-функціонального стану кісткової тканини в українських жінок та чоловіків у контексті вікової динаміки; розглянуто кількісні пропорції категорій жінок з нормальними кістками, остеопенією та остеопорозом залежно від віку; параметри мінеральної щільності кісткової тканини (МЩКТ) різних локалізацій у жінок України в різні періоди життя; індекс міцності кісткової тканини, трабекулярний індекс кістки в українських чоловіків та жінок; особливості кореляції цих параметрів із віком та локалізацією. Найбільша частка остеопоротичних переломів припадає на переломи кісток передпліччя, хребта та стегнової кістки; з віком їх частота підвищується і суттєво превалює у жінок (Kanis J.A., Johnell O., 1999; Cooper C., 2006). Зокрема, наслідки переломів стегнової кістки через 1 рік після перелому розподіляються таким чином (Cooper C. et al., 1997):

- залежність від оточуючих — 80%;
- ходьба зі сторонньою допомогою — 40%;
- інвалідність — 30%;
- смерть — 20%,

причому тривалість госпіталізацій пацієнтів із цим діагнозом перевищує таку для всіх без винятку найпоширеніших захворювань, у тому числі цукрового діабету, ішемічної хвороби серця, інфаркту міокарда, раку молочної залози (Atlas of postmenopausal osteoporosis, second edition, Rene Rizzoli CMG 2004; 2005).

Як повідомив професор В. Поворознюк, в Україні започатковано Систему реєсТрації Остеопоротичних Переломів (СТОП), яка організовується Українською асоціацією остеопорозу за підтримки Української асоціації ортопедів-травматологів: протокол дослідження затверджений президією Української асоціації остеопорозу на Науково-практичній конференції «Вторинний остеопороз» (Львів, 12 квітня 2013 р.) і комісією з питань етики при ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» (протокол від 11 червня 2013 р. № 9). У цьому контексті також було наведено Європейські рекомендації (2012) з діагностики та ведення остеопорозу серед жінок у менопаузальний період (рис. 6).

Рис. 6. Європейські рекомендації з діагностики та ведення остеопорозу серед жінок у менопаузальний період (за Kanis J.A. et al., 2012)

Окрему увагу приділено FRAX (fracture risk assessment tool) — методу (інструменту) оцінки 10-річного ризику переломів (окремо — переломів стегнової кістки та всіх низькотравматичних переломів: променева кістка, плечова кістка, клі-

нічно виражені переломи тіл хребців), розробленому на підставі використання клінічних факторів ризику переломів із визначенням або без МЩКТ на рівні шийки стегнової кістки у чоловіків і жінок. Цей метод дозволяє розрахувати ризик в осіб віком 40–90 років та передбачає кількісну оцінку сумарного ризику на підставі математичного аналізу вже наявних факторів ризику остеопорозу. На відміну від інших методик скринінгу та оцінки ризику остеопорозу, що дозволяють прийняти рішення лише про необхідність подальшої діагностики, методика FRAX, що припускає розрахунок ризику ускладнень (переломів) остеопорозу, визначає вибір лікарських інтервенцій. Нині цей тест доступний в інтернеті у вільному доступі (*http://www.shef.ac.uk/FRAX*) тридцяти двома мовами (у тому числі українською) для 53 країн у вигляді 58 моделей.

У контексті вікових особливостей патології **хрящової тканини** було охарактеризовано частоту остеоартрозу (ОА) та симптоматичного ОА колінних суглобів залежно від віку, а також наведено основні фактори ризику розвитку ОА:

- генетичні: стать (жіноча), спадкова патологія гена колагену II типу, мутація гена колагену II типу, інші спадкові захворювання кісток та суглобів, расова/етнічна приналежність;
- негенетичні: літній вік, надмірна маса тіла, зниження рівня жіночих статевих гормонів (зокрема у постменопаузальний період), патологія розвитку кісток і суглобів, оперативні втручання на суглобах в анамнезі (наприклад меніскектомія);
- екзогенні: професійна діяльність, травма суглоба, інтенсивні заняття спортом.

Зазначалося, що основу ушкодження хряща при старінні та ОА становлять:

- дегенерація та загибель хондроцитів;
- деполімеризація основної речовини, яка утворюється хондроцитами;
- зменшення кількості глікозаміногліканів;
- усі вищенаведені зміни ведуть до зменшення міцності хряща та його дегенерації.

Згідно із сучасними уявленнями, при ОА формується патогенетичний каскад:

- продукуються металопротеїнази, які каталізують деградацію протеоглікану та колагену;
- синовіальна оболонка при ОА періодично запалюється та продукує в збільшеній кількості цитокіни: інтерлейкін (ІЛ)-1 і фактор некрозу пухлини (TNF)-β, цитокіни, які спільно індукують утворення оксиду азоту і синтез металопротеїназ;
- ІЛ-6 та механічне навантаження викликають також катаболізм цитокінових рецепторів, що сприяє збільшенню деградації хрящової тканини.

Професор В. Поворознюк торкнувся ще багатьох нозологічних форм, особливо актуальних для когорти людей літнього віку, — саркопенії та болю у спині, гіперурикемії та подагри, — а наостанок навів алгоритм ведення пацієнтів із захворюваннями кістково-м'язової системи та дефіцитом вітаміну D (рис. 7).

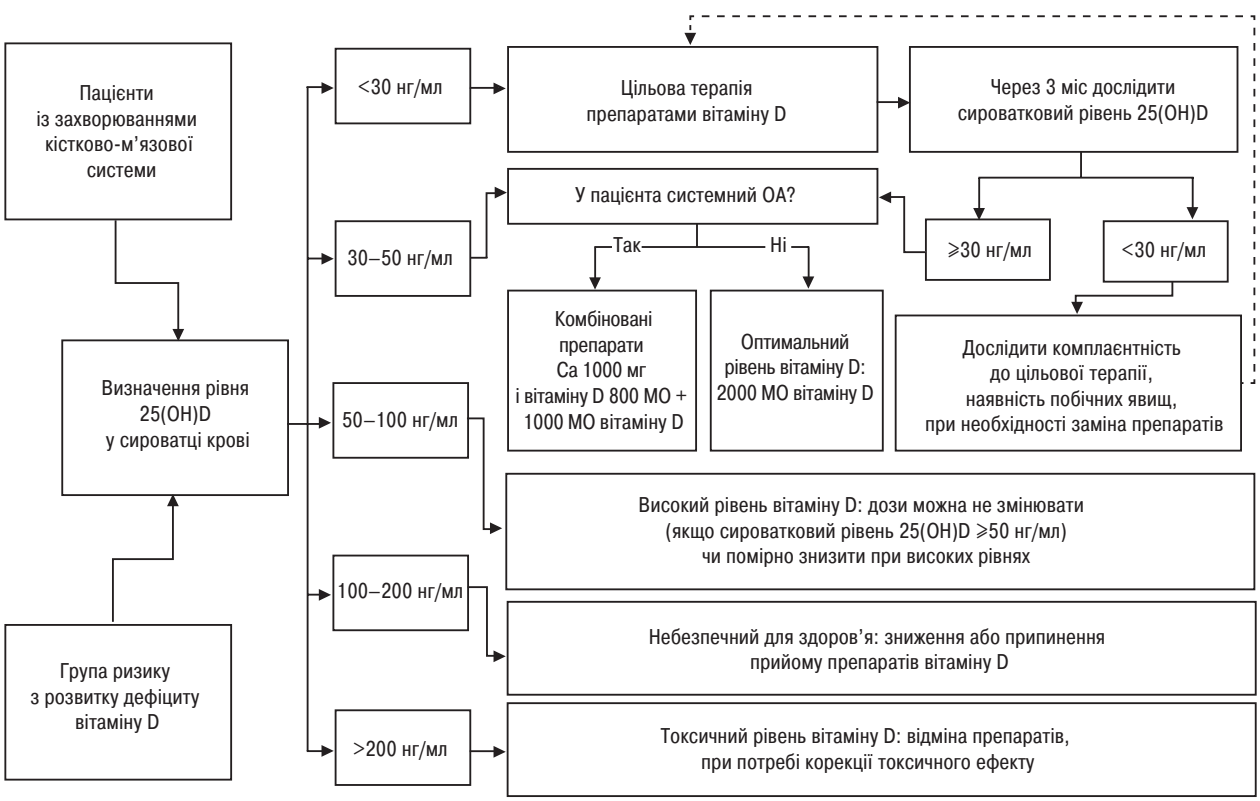

Рис. 7. Алгоритм ведення пацієнтів із захворюваннями кістково-м'язової системи та дефіцитом вітаміну D

НАЗУСТРІЧ 25-РІЧЧЮ НАМН УКРАЇНИ

Із трибуни Конгресу повідомлялося, що Інститут – одна з провідних вітчизняних науково-практичних медичних установ, що має багатий досвід і визнання в розробці комплексної проблеми старіння. Українська геронтологія має давні традиції, починаючи від І.І. Мечникова, О.О. Богомольця, І.І. Шмальгаузена, О.Н. Сєвєрцова, О.В. Нагорного. Логіка подальшого розвитку медико-біологічної науки та її організації в колишньому СРСР поставила на порядок денний необхідність організації спеціалізованого інституту, який мав вирішувати комплексну проблему старіння. І в 1958 р. було відкрито перший у СРСР і один із перших у світі Інститут геронтології АМН СРСР. У 1958–1961 рр. Інститутом керував учень О.О. Богомольця, відомий патофізіолог, академік АМН СРСР М.М. Горєв. У 1961р. Інститут очолює академік АМН СРСР Д.Ф. Чеботарьов – клініцист широкого профілю, послідовник М.Д. Стражеска та В.М. Іванова. Створення Інституту було своєчасним: у середині XX сторіччя в економічно розвинутих країнах світу демографічна ситуація все більше визначалася прогресуючим постарінням населення. Це ставило перед суспільством проблему дослідження стану здоров'я людей старших вікових груп та їх потреб у різних видах медико-соціальної допомоги. Це, в свою чергу, спонукало дослідників до поглибленого вивчення біологічних та клінічних аспектів проблеми старіння. Вже з перших років функціонування Інституту були сформовані три провідні напрями його діяльності: 1) дослідження механізмів старіння та пристосування організму, ролі процесів регуляції в цих механізмах; 2) вивчення особливостей патогенезу, діагностики, клініки, лікування та профілактики захворювань, що найчастіше трапляється в похилому та старечому віці; 3) дослідження ролі соціальних і гігієнічних факторів у старінні та довголітті. У 1960–1970 рр. Інститут перетворився на потужний науковий центр, зросло його значення як головного в країні з проблем геронтології та геріатрії. Знаменною подією в житті Інституту, що характеризує визнання його як всесвітньо відомого центру з проблем старіння, стало проведення в Києві у 1972 р. 9-го Конгресу Міжнародної асоціації геронтологів. На базі Інституту також було проведено ряд семінарів ВООЗ та ООН, міжнародних, всесоюзних та республіканських наукових конференцій і симпозіумів. Важливий етап в розвитку Інституту почався в 1993 р. – з моменту створення Академії медичних наук України, коли Інститут увійшов до складу її медико-біологічного відділення. Сьогодні Інститут геронтології – наукова установа, мета якої – дослідження проблеми старіння і координація експериментальної медико-біологічної, клінічної та соціально-гігієнічної роботи, що проводиться із зазначеної проблеми в різних наукових і практичних колективах України.

Серед цікавих розробок співробітників Інституту – генно-регуляторна гіпотеза старіння та балансова теорія старіння. Головною тезою останньої є збалансованість (взаємна відповідність) між тривалістю життя і репродуктивним потенціалом виду. Цьому відповідає такий рівень функціональної надійності органів і систем, який гарантує самовідтворення популяції в агресивному навколишньому середовищі. Отже, старіння є поступовим процесом втрати надійності за тими віковими межами, які характерні для виду в природних умовах. Балансова теорія ґрунтується на загальній еволюційній логіці й доказах, отриманих при математичному моделюванні найбільш значущих видових параметрів. Крім того, запропоновано гіпотезу молекулярно-генетичного механізму онтогенетичного годинника – механізму, що дозволяє клітині відраховувати час життя і за заданою програмою змінювати експресію хромосомних генів із метою управління онтогенезом («онтогенетичний годинник»). Цей механізм являє собою автономний молекулярно-генетичний осцилятор, що запам'ятовує кількість циклів власних коливань шляхом відрізання кінцевого сегмента хроно-ДНК за допомогою спеціальної рестриктази, синтез якої відбувається на цьому сегменті з двох субодиниць (білків) у кожному циклі роботи осцилятора. Ці білки по черзі синтезуються на рибосомах, оскільки кожен з них пригнічує синтез іншого, що забезпечує почергове зв'язування субодиниць рестриктази на кінцевому сегменті хроно-ДНК і одноразове її обрізання в одному циклі. Крім того, кожен із цих білків є репресором власного гена і активатором гена іншого білка, що забезпечує економічність і надійність роботи осцилятора. Пристрій осцилятора онтогенетичного годинника подібний до циркадіанного осцилятора, але його частота не синхронізована із фізичними ритмами природи і залежить від температури тіла. Тому вимірюється не фізичний, а біологічний час. Хроно-ДНК складається із коротких послідовностей нуклеотидів, що повторюються, і вставлених через задану кількість цих сегментів темпоральних (регуляторних) генів. Скорочення хроно-ДНК призводить до «оголення» чергового темпорального гена і його руйнування екзонуклеазою. У результаті припиняється синтез активатора і змінюється експресія ряду хромосомних генів, що ініціює чергову стадію онтогенезу.

РЕЗОЛЮЦІЯ VI НАЦІОНАЛЬНОГО КОНГРЕСУ ГЕРОНТОЛОГІВ І ГЕРІАТРІВ УКРАЇНИ
19–21 жовтня 2016 року, Київ

Результати проведення VI Національного конгресу геронтологів і геріатрів України свідчать, що за період від попереднього конгресу геронтологів та геріатрів проводилася плідна робота в основних напрямках геронтології та геріатрії.

Доповіді, представлені на конгресі, присвячені вивченню фундаментальних механізмів старіння, передумов формування вікової патології, профілактиці прискореного старіння, аналізу вікових змін фізіологічних систем при старінні, науковому пошуку та вивченню ефективності геропротекторних засобів, медико-соціальним проблемам населення старшого віку. Ці напрямки досліджень мають пріоритетний характер, а отримані результати відповідають сучасному рівню.

Розвиток геронтології та геріатрії в Україні протягом останніх років відбувається в дуже складних умовах, зумовлених як глибокою соціально-економічною кризою, так і війною на Сході України. При цьому у державі склалася несприятлива демографічна ситуація, яка характеризується низькою середньою тривалістю життя населення, великими людськими втратами у працездатному віці, збільшенням кількості людей пенсійного віку, які перебувають у несприятливих соціально-економічних умовах, що призводить до погіршення їх здоров'я, зниження фізичного та психічного стану, зростання захворюваності та смертності.

Зниження доходів, хронічний психологічний стрес, погана екологічна ситуація, вимушений нераціональний спосіб життя зумовлюють прискорене старіння населення та більш ранній розвиток вікової патології. За показниками очікуваної тривалості життя Україна (67 років) відстає від провідних країн світу на 10–14 років.

Конгрес відзначає, що великою проблемою залишається впровадження у практику сучасних наукових результатів. Це призводить до розриву між фундаментальними та прикладними дослідженнями. В Україні поки що не існує ефективної системи надання геріатричної допомоги, відсутня мережа геріатричних медичних закладів, не затверджена на рівні МОЗ України спеціальність «Геріатрія». У країні дуже мало функціонуючих хоспісів та відділень паліативної допомоги невиліковним хворим літнього віку.

Низький рівень оплати праці наукових співробітників, вкрай незадовільне фінансування наукових та медичних закладів, постійне зростання вартості лікарських засобів створюють відставання української геронтології та геріатрії від світового рівня. Вирішення проблем старіння народу України потребує додаткової уваги з боку законодавчої та виконавчої гілок влади.

Конгрес схвалює в цілому роботу правління Українського наукового медичного товариства геронтологів та геріатрів за період, що минув після V Конгресу.

Виходячи з представлених матеріалів та обговорень, що проходили на наукових засіданнях, Конгрес пропонує:

1. У галузі соціальної геронтології та геріатрії:

1.1. Продовжити дослідження регіональних особливостей формування здоров'я населення та його потреб у різних видах медико-соціальної допомоги.

1.2. У майбутніх дослідженнях доцільно вивчати вплив хронічного соціально-психологічного стресу, зумовленого умовами соціально-економічної кризи та воєнних дій на Сході України, на стан здоров'я людей літнього віку, а також розробити заходи щодо зменшення негативного впливу соціальних чинників на здоров'я населення старших вікових груп.

1.3. Продовжити комплексні дослідження з раціоналізації способу життя, праці, харчування літніх людей у сім'ї та будинках-інтернатах, медичної, соціальної та професійно-трудової реабілітації працівників старших вікових груп.

1.4. Розвивати дослідження щодо розроблення складу функціональних наборів продуктів та раціонів харчування для людей літнього віку з урахуванням способу життя і стану здоров'я, нових біологічно активних харчових продуктів для людей старшого віку як факторів впливу на процеси старіння.

1.5. Продовжити впровадження програм навчання медичних і соціальних працівників методикам організації та надання хоспісної і паліативної допомоги людям літнього віку. Надавати методичну допомогу в організації та діяльності цих закладів у різних регіонах країни.

1.6. Розробити рекомендації, що спрямовані на підвищення якості надання первинної медико-санітарної допомоги населенню похилого віку, посилення реабілітаційної спрямованості діяльності лікувально-профілактичних закладів, вдосконалення етапності стаціонарного лікування з використанням нових стаціонарзамінюючих форм медико-соціального обслуговування.

1.7. Удосконалити методичні рекомендації щодо нормативного забезпечення населення похилого віку основними видами медичної та соціально-побутової допомоги.

1.8. Брати участь у розробленні програм кооперації діяльності медичних, соціальних установ та громадських організацій з розвитку нових форм медико-соціального обслуговування людей літнього віку.

1.9. Посилити роботу з популяризації результатів науково-дослідної діяльності, з пропаганди серед населення раціонального способу життя.

2. У галузі біології старіння:

Продовжити дослідження з вивчення та розкриття:

2.1. Фундаментальних процесів старіння на різних рівнях життєдіяльності, що визначають старіння цілісного організму, його пристосувальну спроможність і розвиток вікової патології.

2.2. Вікових змін генетичного апарату та його регуляції.

2.3. Епігенетичних механізмів розвитку та старіння.

2.4. Мембранних механізмів старіння і внутрішньоклітинних систем регуляції.

2.5. Вікових зрушень системи імунологічного контролю.

2.6. Нейрогуморальних механізмів старіння.

2.7. Можливостей і меж адаптації при старінні.

2.8. Філогенетичних особливостей старіння організму, причин неоднакової видової тривалості життя.

2.9. Експериментального обґрунтування можливостей впровадження у практику генної та клітинної (з використанням стовбурових клітин), генорегуляторної терапії хвороб, пов'язаних із віком.

2.10. Ефективних засобів експериментального подовження життя і можливостей їх використання у людини.

2.11. Біоетичних аспектів геронтології, які в наш час набувають особливої ваги.

3. У галузі клінічної геронтології та геріатрії:

3.1. Продовжити вивчення взаємозв'язку між старінням і основними формами вікової патології, які є найбільш розповсюдженими у старших вікових групах і зменшують працездатність, здатність до самообслуговування і тривалість періоду активного життя людини.

3.2. Продовжити дослідження причин розвитку прискореного старіння, уніфікувати методи діагностики та заходи його профілактики.

3.3. Продовжити розроблення та впровадження сучасних засобів діагностики, профілактики, лікування та реабілітації при основних захворюваннях, пов'язаних із віком – судинній патології головного мозку, ішемічній хворобі серця, серцевій недостатності, гіпертонічній хворобі, цукровому діабеті, злоякісних новоутвореннях, хронічному обструктивному захворюванні легень, захворюваннях опорно-рухового апарату, сечовидільної системи, екстрапірамідній недостатності, психічних захворюваннях.

3.4. Особливу увагу зосередити на вивченні особливостей процесів старіння організму, розвитку і перебігу асоційованої з віком патології в учасників АТО та осіб, які проживають у зоні проведення АТО. Розробляти методи профілактики, реабілітації та лікування з урахуванням цих особливостей.

3.5. Продовжити проведення епідеміологічних досліджень в різних регіонах України по з'ясуванню регіональних особливостей чинників розвитку вікової патології та визначення стану здоров'я літніх людей.

3.6. Розширити дослідження щодо створення геріатричних засобів та геропротекторів.

3.7. Розробити і впровадити в практику клінічні протоколи надання медичної допомоги хворим літнього віку з найпоширенішими захворюваннями серцево-судинної, дихальної, центральної нервової системи та опорно-рухового апарату, а також із поєднаною патологією різних систем організму.

4. В організаційній роботі:

4.1. Внести зміни до Статуту наукового медичного товариства геронтологів і геріатрів України та затвердити їх у Міністерстві юстиції України. Ці зміни стосуються можливості проведення товариством господарської та фінансової діяльності для вирішення статутних завдань товариства.

4.2. Спільно з Міністерством соціальної політики та іншими державними органами завершити роботу щодо створення і затвердження Національного плану дій по проблемі старіння. Розпочати його впровадження на загальнодержавному рівні.

4.3. Доручити керівництву ДУ «Інститут геронтології ім. Д.Ф. Чеботарьова НАМН України» звернутися до Міністерства соціальної політики України із пропозицією про створення за участю МБФ «Карітас України» Центру додаткової освіти (ЦДО) з метою запровадження професійного навчання (протягом 6 міс) за спеціальностями: молодша медична сестра по догляду за хворими та соціальний робітник.

4.4. Підготувати проект наказу МОЗ України про шляхи вдосконалення медичного обслуговування населення похилого віку в сучасних демографічних та соціально-економічних умовах.

4.5. Активізувати роботу обласних та міських товариств по залученню фахівців різного профілю (науковців, лікарів, біологів, соціологів, соціальних працівників) у товариства геронтологів та геріатрів, проводити роботу щодо створення нових обласних та районних товариств геронтологів та геріатрів.

4.6. Посилити співробітництво Наукового медичного товариства геронтологів і геріатрів України з національними геронтологічними асоціаціями країн Європи. Увійти до складу Євроазійської геронтологічної асоціації.

4.7. Ініціювати створення та розвиток мережі Клубів старійшин із залученням до їх організації студентської молоді та волонтерів із метою пропагування стилю життя, що спрямований на активне довголіття, духовний розвиток та оздоровлення української нації.

5. У підготовці кадрів:

5.1. Підвищувати рівень знань медичних та соціальних працівників із геронтології та геріатрії, використовуючи для цього існуючі форми перед- та післядипломного навчання фахівців.

5.2. Провести VII Національний конгрес геронтологів і геріатрів України через 5 років. Продовжити практику проведення науково-практичних конференцій з актуальних проблем геронтології та геріатрії.

5.3. Запровадити премії за найкращі роботи в галузі геронтології та геріатрії, в тому числі премії для молодих вчених (аспірантів).

Конгрес вважає, що розкриття механізмів старіння, широке впровадження здорового способу життя, активна соціальна політика, звернена до людей похилого віку, є важливими факторами здоров'я, збільшення тривалості життя і досягнення активного довголіття, що становить завдання державної ваги.

* * *

Поряд із висвітленими вище, в рамках Конгресу розглядалися інші найактуальніші проблеми геронтології та геріатрії — фундаментальні механізми старіння, фактори довголіття, шляхи запобігання передчасному старінню, особливості патогенезу, клініки, діагностики та лікування асоційованої з віком патології, вдосконалення форм медичної та медико-соціальної допомоги людям літнього віку, широке коло питань демографії та герогігієни. Безсумнівно, робота Конгресу сприяла подальшому розвитку вітчизняної геронтології та геріатрії, консолідації досліджень із проблеми старіння серед наукових і практичних центрів України, обміну досвідом між українськими та зарубіжними фахівцями, налагодженню контактів між різними дослідними та науково-практичними колективами, що працюють в цій галузі.

Завершимо свій розширений репортаж влучним висловом майже довгожителя Андре Моруа (1885–1967): «Старіння — не більше, ніж погана звичка, на формування якої у зайнятої людини абсолютно немає часу».

Пилип Снєгірьов, фото Сергія Бека