

УДК 616-053.9: 613.98

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННЫЕ СИНДРОМЫ КАК ВОЗМОЖНЫЙ ОБЪЕКТ ПРОФИЛАКТИЧЕСКОГО ВОЗДЕЙСТВИЯ.

¹ Жабоева С. Л., ² Радченко О.Р.

¹ Клиника «СЛ», Казань, директор

² Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Казань

В данной статье рассматриваются медико-социальные возраст-ассоциированные синдромы как возможный объект профилактического воздействия. Авторами были выделены состояния (их обозначили как медико-социальные синдромы), которые определяют качество жизни людей и степень их независимости в повседневной жизни в пожилом возрасте, но риск их развития сопряжен со зрелым возрастом, проведено их рейтинг-шкалирование. Определены средний возраст появления первых признаков изучаемых медико-социальных синдромов, средний возраст пациентов у которых эти синдромы регистрируются в реальной практике при существующей системе оказания помощи, средний возраст пациентов, состоящих на диспансерном учете с признаками данных состояний. При этом ведущими медико-социальными синдромами следует считать когнитивный дефицит, саркопению, синдром гипомобильности, синдром мальнутриции, и синдром снижения зрения, а их первичная и вторичная профилактика требует не популяционного, а персонифицированного подхода. Формирование ведущих медико-социальных синдромов и заболеваний, которые приводят к ним, начинается в среднем на 15-18 лет раньше, чем они регистрируются в реальной медицинской практике, что является резервом повышения эффективности профилактической помощи путем смещения персонифицированных профилактических мероприятий на более ранние возрастные группы населения.

Ключевые слова: возраст-ассоциированные синдромы, антивозрастная медицина, когнитивный дефицит, саркопения, гериатрические синдромы, медико-социальные.

MEDICAL-SOCIAL AGE-ASSOCIATED SYNDROMES AS A POSSIBLE OBJECT OF PREVENTIVE IMPACT.

¹ Zhaboeva S. L., ² Radchenko O.R.

¹ Clinic «SL», Kazan, Director

² Federal State budgetary Educational Institution of Higher Education «Kazan State Medical University», Kazan

This article discusses the medical and social age-associated syndromes as a possible object of preventive action. The authors identified the conditions (they were designated as medico-social syndromes) that determine the quality of people's lives and the degree of their independence in everyday life in old age, but the risk of their development is associated with adulthood, their rating-scaling. The average age of the appearance of the first signs of the studied medical and social syndromes, the average age of patients in whom these syndromes are registered in real practice

under the existing system of care, the average age of patients in dispensary registration with signs of these conditions. While leading medico-social syndromes should be considered a cognitive deficit, sarcopenia, hypo mobility syndrome, malnutrition syndrome, and the vision loss syndrome and their primary and secondary prevention requires not only population-based, but personalized approach. The formation of leading medico-social syndromes and diseases that lead to it, starts about 15-18 years before they are recorded in real medical practice, which is a reserve of increase efficiency of preventive care by shifting the personalized preventive measures at earlier age groups.

Keywords: age-associated syndromes, Anti-Aging Medicine, cognitive deficit, sarcopenia, geriatrics syndromes, medico-social.

Актуальность

В настоящее время как отечественное, так и зарубежное здравоохранение проходит этап поиска новых форм организации медицинской профилактической помощи в связи с тем, что существующие подходы и программы практически достигли максимума в повышении качества помощи и направлены в основном на популяцию, а не на конкретного индивидуума [2, 7]. Вместе с тем, потребители медицинских услуг испытывают потребность в получении более качественной профилактической медицинской помощи по таким параметрам как доступность, комплексность, экономичность, достижение должного и желаемого качества жизни, максимальная адаптация в обществе, эстетический компонент и другим [4,6].

Довольно перспективным для поиска способов повышения качества помощи по указанным критериям потребности пациентов, может быть разработка профилактических программ, ориентированных на определенные группы потребителей услуг, кардинально отличающихся по каким-либо значимым признакам. К таковым относятся потребители профилактических и оздоровительных услуг частных медицинских организаций [8].

В этом контексте следует отметить, что все большую популярность среди людей, желающих получать профилактические и оздоровительные медицинских услуги, являются частные медицинские организации, позиционирующие себя как центры (клиники) антивозрастной медицины. Однако единых подходов к обеспечению работы этих видов медицинских организаций в настоящее время не существует [8].

Анализ возраст-ориентированных исследований показывает следующее. С одной стороны, следует отметить бурное развитие геронтологии и гериатрии, направленных на оказание помощи лицам в возрасте 60 лет и старше. Вместе с тем, клинко-эпидемиологические данные показывают, что не менее 10% людей среднего возраста имеют функциональные признаки, характерные для людей старших возрастных групп, что отражает наличие популяционных процессов преждевременного старения [1, 2, 5]. Это требует разработки для них специальных профилактических программ. Довольно перспективной нишей для реализации данного направления может быть оптимизация работы центров (клиник) антивозрастной медицины.

Как сфера научной и практической деятельности, антивозрастная медицина по своей сути является персонифицированной гериатрической профилактикой. Она стала своего рода индустрией, имеющей свою технологию, методологию, методические приемы, широкий спектр средств и услуг [7,8]. Основное ее направление - стремление к эстетическому и физическому самосовершенствованию и улучшению здоровья человека, по существу, отвечает стратегии «Программы охраны здоровья здоровых в Российской Федерации на 2003-2010 гг.», принятой МЗ РФ (Приказ №114 от 23.03.2003 года) и основным положениям Федерального закона Российской Федерации от 21 ноября 2011 г. N 323-ФЗ "Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации". В указанных нормативных документах заложен комплекс мероприятий нового направления деятельности здравоохранения - от системы лечения больных к системе профилактики заболевания, коррекции пороков развития человека и внедрения здорового образа жизни.

Вместе с тем, в развитии и становлении антивозрастной медицины на данном этапе отмечается ряд проблем [7,9]. Стихийно создаваемые кабинеты, клиники, амбулатории, центры, работающие на коммерческой основе, имеют различную организационно-правовую форму, структуру, штатное обеспечение и оснащение соответствующим оборудованием. Отсутствует нормативная документация, регламентирующая деятельность врача в области персонифицированной профилактики, не исследованы прогностические тенденции потребности населения в этом виде помощи, не определены основные направления совершенствования организации данных услуг населению. Отсутствуют стандарты и регламенты оказания услуг в рамках персонифицированной профилактики [2,3, 6].

Все изложенное свидетельствует о перспективности внедрения персонифицированного подхода при оказании профилактической помощи в современных социально-экономических условиях на основе сочетания достижений отечественной медицины в области профилактики возраст-ассоциированных заболеваний и новых трендов в области обеспечения потребности населения в сохранении и укреплении здоровья [7,8,9].

Цель – рассмотреть медико-социальные возраст-ассоциированные синдромы как возможный объект профилактического воздействия.

Материал и методы. Дана медико-социальная характеристика профилактических программ возраст-ассоциированных заболеваний. В рамках данного этапа проведен сравнительный медико-социальный анализ существующих профилактических программ. При этом дан анализ существующих программ популяционной профилактики, выделены медико-социальные состояния, не охваченные профилактическими программами, обоснована необходимость разработки и внедрения персонифицированных программ профилактики.

Всего было изучено 4189 случаев профилактической помощи путем непосредственного динамического медико-организационного наблюдения, выкопировки данных из медицинской документации, экспертных оценок, анкетирования и интервьюирования пациентов. Было проведено рейтинг-шкалирование медико-социальных синдромов, определяющих качество жизни в пожилом возрасте. Также дана возрастная характеристика медико-социальных синдромов, определяющих качество жизни людей и степень их независимости в повседневной жизни. При этом был определен средний возраст появления первых признаков данных состояний, средний возраст регистрации признаков данных состояний в реальной практике при существующей системе оказания помощи, средний возраст пациентов, состоящих на диспансерном учете. Была определена взаимосвязь основных медико-социальных синдромов с заболеваниями, определяющими повышенный риск смертности и уменьшения продолжительности жизни.

Результаты и их обсуждение. Нами были выделены состояния (мы их обозначили как медико-социальные синдромы), которые определяют качество жизни людей и степень их независимости в повседневной жизни в пожилом возрасте, но риск их развития сопряжен со зрелым возрастом, проведено их рейтинг-шкалирование. Ведущие позиции заняли когнитивный дефицит ($p=0,0003$), саркопения ($p=0,0005$), синдром гипомобильности ($p=0,0076$), синдром снижения зрения ($p=0,0218$), синдром мальнутриции ($p=0,0315$), головокружение ($p=0,0382$), синдром недержания мочи ($p=0,0399$), синдром снижения слуха ($p=0,0401$), тревожно-депрессивный синдром ($p=0,0418$), обстипационный синдром ($p=0,0419$). Для дальнейшего изучения мы выбрали синдромы, которые заняли первые пять мест: когнитивный дефицит, саркопения, синдром гипомобильности, синдром мальнутриции, синдром снижения зрения ($p < 0,05$) (таблица 1).

Таблица 1

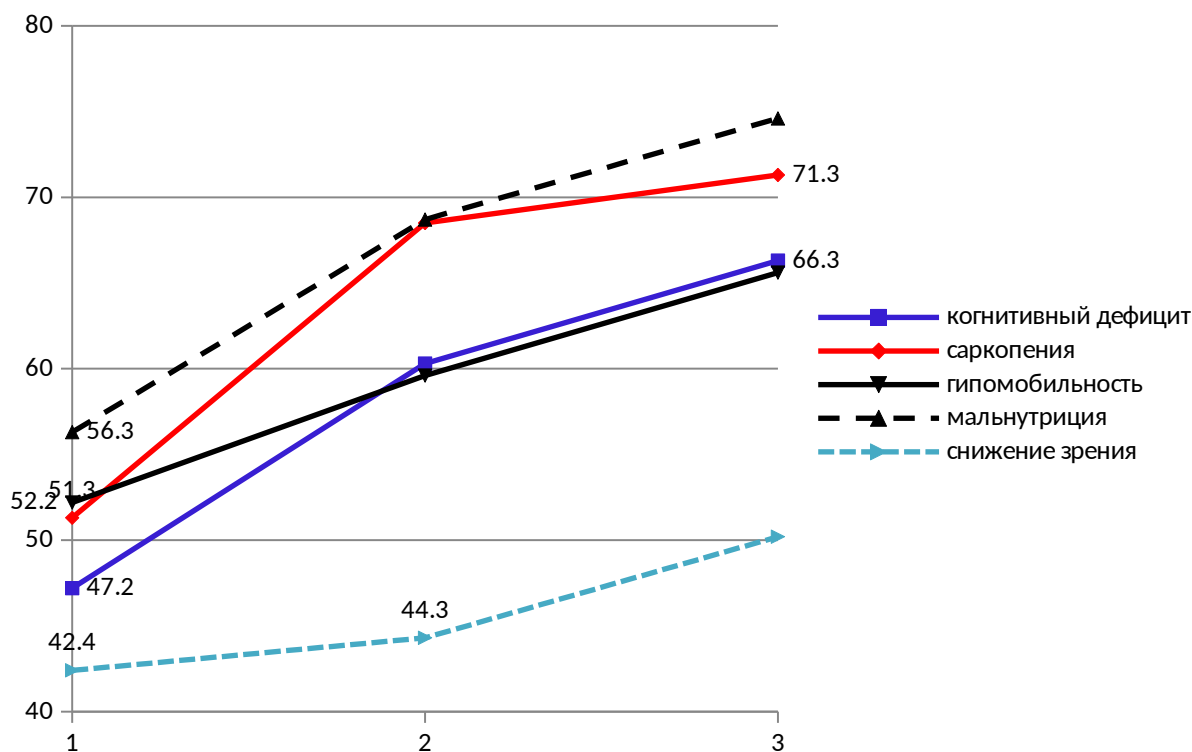
Рейтинг-шкала медико-социальных синдромов, определяющих качество жизни в пожилом возрасте (n=4189)

Позиция	Медико-социальный синдром	p
1	Когнитивный дефицит	0,0003
2	Саркопения	0,0005
3	Синдром гипомобильности	0,0076
4	Синдром снижения зрения	0,0218
5	Синдром мальнутриции	0,0315

6	Головокружение	0,0382
7	Синдром недержания мочи	0,0399
8	Синдром снижения слуха	0,0401
9	Тревожно-депрессивный синдром	0,0418
10	Обстипационный синдром	0,0419

Определены средний возраст появления первых признаков изучаемых медико-социальных синдромов, средний возраст пациентов, у которых эти синдромы регистрируются в реальной практике при существующей системе оказания помощи, средний возраст пациентов, состоящих на диспансерном учете с признаками данных состояний (рисунок 1).

Согласно полученным данным первые признаки когнитивного дефицита появляются в изучаемой выборке пациентов, в среднем, в возрасте $47,2 \pm 2,2$ года, регистрируются в реальной практике в $60,3 \pm 3,4$ года, средний возраст пациентов, состоящих на учете с когнитивным дефицитом составляет $66,3 \pm 2,4$ года. Первые признаки саркопении появляются в популяции, в среднем, в возрасте $51,3 \pm 3,1$ года, регистрируются в реальной практике в $68,5 \pm 3,2$ года, средний возраст пациентов, состоящих на учете с саркопенией составляет $71,3 \pm 2,8$ года. Первые признаки синдрома гипомобильности появляются в популяции, в среднем, в возрасте $52,2 \pm 2,9$ года, регистрируются в реальной практике в $59,6 \pm 2,7$ года, средний возраст пациентов, состоящих на учете с синдромом гипомобильности составляет $65,6 \pm 3,2$ года.



- (1) средний возраст появления первых признаков данных состояний
(2) средний возраст регистрации признаков данных состояний в реальной практике при существующей системе оказания помощи
(3) средний возраст пациентов, состоящих на диспансерном учете
* $p < 0,05$ (2) vs (1)
** $p < 0,05$ (3) vs (2)
$p < 0,05$ (3) vs (1)

Рисунок 1. Возрастная характеристика медико-социальных синдромов, определяющих качество жизни людей и степень их независимости в повседневной жизни.

Первые признаки синдрома мальнутриции появляются в популяции, в среднем, в возрасте $56,3 \pm 1,7$ года, регистрируются в реальной практике в $68,7 \pm 3,3$ года, средний возраст пациентов, состоящих на учете с синдромом мальнутриции составляет $74,6 \pm 2,3$ года. Первые признаки синдрома снижения зрения появляются в популяции, в среднем, в возрасте $42,4 \pm 2,4$ года, регистрируются в реальной практике в $44,3 \pm 5,6$ года, средний возраст пациентов, состоящих на учете с синдромом снижения зрения составляет $50,2 \pm 1,4$ года.

Анализ приведенных данных позволил констатировать, что в реальной практике в отношении большинства описанных выше медико-социальных синдромов (когнитивный дефицит, саркопения, гипомобильность, мальнутриция) существует значительный достоверный ($p < 0,05$) разрыв между средним возрастом людей, когда появляются признаки данных состояний и возрастом, когда эти состояния впервые регистрируется в реальной медицинской практике при существующей системе организации помощи. Так, для

когнитивного дефицита этот разрыв составил $13,1 \pm 0,9$ года, для саркопении – $17,2 \pm 2,4$ года, для синдрома гипомобильности $7,4 \pm 0,4$ года, для синдрома мальнутриции $12,4 \pm 2,6$ года.

С одной стороны, это может объясняться тем, что развитие данных медико-социальных синдромов не всегда сопряжено с наличием заболеваний, которые непосредственно определяют повышенный риск смертности и уменьшения продолжительности жизни, в связи с чем они не являются предметом популяционных профилактических программ, с другой – несовершенством популяционных программ профилактики в отношении заболеваний, при которых такая связь существует (таблица 2).

Таблица 2

Взаимосвязь основных медико-социальных синдромов с заболеваниями, определяющими повышенный риск смертности и уменьшения продолжительности жизни

Медико-социальный синдром	Связь медико-социального синдрома с заболеванием (состоянием), которое определило его развитие	Связь заболевания с повышенным риском смертности и уменьшения продолжительности жизни
Когнитивный дефицит	Артериальная гипертензия	Есть, $p < 0,001$
	Сахарный диабет	Есть, $p < 0,01$
	Атеросклероз	Есть, $p < 0,02$
	Гипотиреоз	Нет, $p > 0,05$
Саркопения	Возрастная дистрофия мышечной ткани	Нет, $p > 0,05$
	Остеоартроз	Нет, $p > 0,05$
	Хроническая сердечная недостаточность	Есть, $p < 0,03$
	Гипотиреоз	Нет, $p > 0,05$
Гипомобильность	Остеоартроз	Нет, $p > 0,05$
	Гипотиреоз	Нет, $p > 0,05$
	Хроническая сердечная недостаточность	Есть, $p < 0,03$
	Хроническая венозная недостаточность	Есть, $p < 0,05$
Мальнутриция	Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта	Нет, $p > 0,05$
	Онкологическая патология	Есть, $p < 0,001$
Синдром снижения зрения	Возрастная макулярная дегенерация	Нет, $p > 0,05$
	Катаракта	Нет, $p > 0,05$
	Глаукома	Нет, $p > 0,05$
	Сахарный диабет	Есть, $p < 0,01$

Когнитивный дефицит был наиболее часто ассоциирован с наличием артериальной гипертензии, сахарного диабета, атеросклероза и гипотиреоза. При этом артериальная

гипертензия, сахарный диабет и атеросклероз имели непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни.

Саркопения была достоверно ассоциирована с наличием возрастной дистрофии мышечной ткани, остеоартрозом, хронической сердечной недостаточностью. При этом хроническая сердечная недостаточность имела непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни.

Синдром гипомобильности был наиболее часто ассоциирован с наличием остеоартроза, гипотиреоза, хронической сердечной недостаточности, хронической венозной недостаточности. При этом хроническая сердечная недостаточность и хроническая венозная недостаточность имели непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни.

Синдром мальнутриции был достоверно ассоциирован с наличием хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта и онкологической патологией. При этом онкологическая патология имела непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни.

Синдром снижения зрения был достоверно ассоциирован с возрастной макулярной дегенерацией, глаукомой, катарактой, сахарным диабетом. При этом сахарный диабет имел непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни.

Также был проведен анализ взаимовлияния данных состояний. Оказалось, что большинство медико-социальных синдромов потенцируют развитие друг друга (рисунок 2).

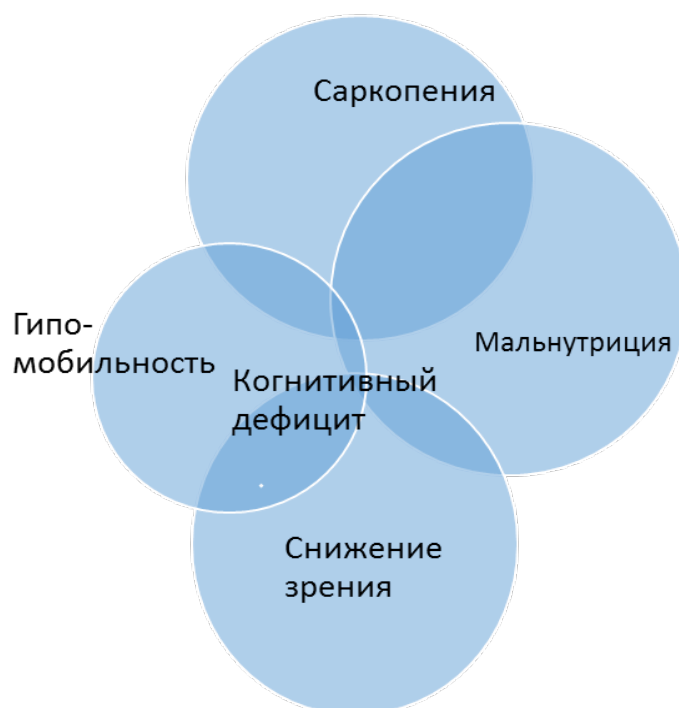


Рисунок 2. Взаимовлияние ведущих медико-социальных синдромов.

Было выявлено, что наиболее часто встречающимися достоверными сочетаниями медико-социальных синдромов являются следующие: «когнитивный дефицит – гипомобильность», «гипомобильность – саркопения», «снижение зрения – гипомобильность», «когнитивный дефицит – снижение зрения», «когнитивный дефицит – мальнутриция», «когнитивный дефицит - саркопения», «саркопения - мальнутриция» (таблица 3).

Таблица 3

Рейтинг-шкала сочетаний медико-социальных синдромов между собой

Позиция	Пара медико-социальных синдромов	p
1	«когнитивный дефицит – гипомобильность»	0,0003
2	«гипомобильность – саркопения»	0,0005
3	«снижение зрения – гипомобильность»	0,0003
4	«когнитивный дефицит – снижение зрения»	0,0005
5	«когнитивный дефицит – мальнутриция»	0,0003
6	«когнитивный дефицит – саркопения»	0,0005
7	«саркопения – мальнутриция»	0,0003

Выводы:

1. Качество жизни людей с соматической патологией и степень их независимости в повседневной жизни определяются не самими заболеваниями, а медико-социальными синдромами, к которым они приводят. При этом ведущими медико-социальными синдромами следует считать когнитивный дефицит, саркопению, синдром гипомобильности, синдром мальнутриции, и синдром снижения зрения, а их первичная и вторичная профилактика требует не популяционного, а персонифицированного подхода.

2. Формирование ведущих медико-социальных синдромов и заболеваний, которые приводят к ним, начинается в среднем на 15-18 лет раньше, чем они регистрируются в реальной медицинской практике, что является резервом повышения эффективности профилактической помощи путем смещения персонифицированных профилактических мероприятий на более ранние возрастные группы населения.

Список литературы

1. Геронтокосметология: профилактика и коррекция возрастных изменений кожи / Г.А. Рыжак, Т.Н. Королькова, Е.В. Войтон. – СПб.: ООО «Фирма Коста». – 2006. – 160 с.
2. Ильницкий, А. Особенности диагностики в современной гериатрии / А. Ильницкий, Д. Белов // Врач. – 2014. – № 6. – С. 38-41.
3. Ильницкий, А.Н. Специализированный гериатрический осмотр / А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. – 2012. – № 4-5. – С. 66-84.
4. Мартынов А.А. Эффективность решения задач по обеспечению населения Российской Федерации высокотехнологичной медицинской помощью /А.А.Мартынов, А.В. Власова //Проблемы стандартизации в здравоохранении. – 2014. – № 3-4. – С. 3–11.
5. Особенности клинического осмотра пациента пожилого и старческого возраста / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, В.В. Кривецкий [и др.] // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 3. – С. 472-475.
6. Пашинян А.Г. Критерии оценки качества оформления медицинской документации в лечебно-профилактических учреждениях дерматовенерологического профиля. /А.Г. Пашинян, Д.Г. Джаваева, Г.Б. Арутюнян // Вестн. дерматол. и венерол. – 2009. – №1. – С.15-17.
7. Превентивная гериатрия, или антивозрастная медицина / А.Н. Ильницкий, К.И. Прощаев, С.В. Трофимова [и др.] // Успехи геронтологии. – 2015. – Т. 28, № 3. – С. 589-593.

8. Превентивная гериатрия как новое направление клинической практики / А. Ильницкий, С. Трофимова, Д. Белов [и др.] // Врач. – 2015. – № 6. – С. 29-31.
9. Экономический анализ внедрения антивозрастных программ (пилотный проект) / А.Н. Ильницкий, С.Г. Горелик, К.И. Прощаев [и др.] // Вестник восстановительной медицины. – 2016. – № 1 (71). – С. 43-47.

The list of references

1. Gerontokosmetologija: profilaktika i korekcija vozrastnyh izmenenij kozhi / G.A. Ryzhak, T.N. Korol'kova, E.V. Vojton. – Spb.: ООО «Firma Kosta». – 2006. – 160 s.
2. Il'nickij, A. Osobennosti diagnostiki v sovremennoj geriatrii / A. Il'nickij, D. Belov // Vrach. – 2014. – № 6. – P. 38-41.
3. Il'nickij, A.N. Specializirovannyj geriatricheskij osmotr / A.N. Il'nickij, K.I. Proshhaev // Gerontologicheskij zhurnal im. V.F. Kuprevicha. – 2012. – № 4-5. – P. 66-84.
4. Martynov A.A. Jefferektivnost' reshenija zadach po obespecheniju naselenija Rossijskoj Federacii vysokotehnologichnoj medicinskoj pomoshh'ju /A.A.Martynov, A.V. Vlasova //Problemy standartizacii v zdavoohranenii. – 2014. – № 3-4. – S. 3–11.
5. Osobennosti klinicheskogo osmotra pacienta pozhilogo i starcheskogo vozrasta / K.I. Proshhaev, A.N. Il'nickij, V.V. Kriveckij [i dr.] // Uspehi gerontologii. – 2013. – Т. 26. - № 3. – P. 472-475.
6. Pashinjan A.G. Kriterii ocenki kachestva oformlenija medicinskoj dokumentacii v lechebno-profilakticheskikh uchrezhdenijah dermatovenerologicheskogo profilja. /A.G. Pashinjan, D.G. Dzhavaeva, G.B. Arutjunjan // Vestn. dermatol. i venerol. – 2009. – №1. – S.15-17.
7. Preventivnaja geriatrija, ili antivozrastnaja medicina / A.N. Il'nickij, K.I. Proshhaev, S.V. Trofimova [i dr.] // Uspehi gerontologii. – 2015. – Т. 28, № 3. – P. 589-593.
8. Preventivnaja geriatrija kak novoe napravlenie klinicheskoy praktiki / A. Il'nickij, S. Trofimova, D. Belov [i dr.] // Vrach. – 2015. – № 6. – P. 29-31.
9. Jekonomicheskij analiz vnedrenija antivozrastnyh programm (pilotnyj proekt) / A.N. Il'nickij, S.G. Gorelik, K.I. Proshhaev [i dr.] // Vestnik vosstanovitel'noj mediciny. – 2016. – № 1 (71). – P. 43-47.