

УДК 616-053.9

КЛИНИЧЕСКАЯ АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОГРАММ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ: СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ

¹Жабоева С.Л., ²Полев А.В.

¹*Казанский государственный медицинский университет*

²*Академия постдипломного образования ФНКЦ ФМБА России*

Как сфера научной и практической деятельности, антивозрастная медицина стала своего рода индустрией, имеющей свою технологию, методологию, методические приемы, широкий спектр средств и услуг. В работе сделан анализ сегмента рынка современных услуг в области антивозрастной медицины. Показано, что потребители этого вида медицинских услуг могут и должны служить объектом реализации геронтологических профилактических программ со смещением персонализированных профилактических мероприятий на более ранние возрастные группы населения. Это позволит увеличить суммарный охват населения различными видами профилактической помощи, будет способствовать улучшению функциональных параметров и параметров качества жизни населения.

Ключевые слова: геронтологические профилактические программы.

CLINICAL RELEVANCE OF GERONTOLOGICAL PREVENTION PROGRAMS: A MODERN VIEW OF THE PROBLEM

¹Zhaboeva S.L., ²Polev A.V.

¹*Kazan State Medical University*

²*Academy of Postgraduate Education FNCC FMBA of Russia*

As a field of scientific and practical activity, anti-aging medicine has become a kind of industry with its own technology, methodology, methodological techniques, a wide range of tools and services. The paper analyzes the market segment of modern services in the field of anti-aging medicine. It is shown that consumers of this type of medical services can and should serve as an object of implementation of gerontological preventive programs with a shift of personalized preventive measures to earlier age groups of the population. This will increase the total coverage of the population with various types of preventive care, will contribute to improving the functional parameters and parameters of the quality of life of the population.

Key words: gerontological prevention programs.

Введение. В настоящее время как отечественное, так и зарубежное здравоохранение переживает период поиска новых форм организации медицинской профилактической помощи в связи с тем, что существующие механизмы практически достигли максимума в повышении качества помощи и направлены в основном на популяцию, но не на конкретного индивидуума [Кучеренко В.З., 2008]. Довольно перспективной нишей для поиска способов повышения качества помощи пациентам может быть разработка профилактических программ, ориентированных на определенные группы потребителей услуг, кардинально отличающихся по каким-либо значимым признакам. К таковым относятся потребители антивозрастных и косметологических услуг [Пашинян А.Г. и соавт., 2009; Мартынов А.А., Матушевская Ю.И., 2010].

Клинико-эпидемиологические данные показывают, что не менее 10% людей среднего возраста имеют признаки преждевременного старения, что требует разработки для них специальных профилактических программ [Павлова Т.В. и соавт., 2012; Прощаев К.И., 2012; Позднякова Н.М., 2013]. Реализация программ персонифицированной профилактики позволит добиться реальной интеграции различных составляющих профилактической помощи, что улучшает функциональные параметры организма пациента, качество их жизни, степень независимости, а в итоге - качество и объем реализации профилактических программ населению.

Цель исследования.

Разработать научно обоснованную модель создания геронтологических профилактических программ как средства повышения качества медицинской помощи.

Материалы и методы.

Исследование проводилось в течение 2011-2013 гг. на базе 22 медицинских организаций различных форм собственности, имеющих действующие лицензии на медицинскую деятельность, участвующих в проекте АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» «Антивозрастная медицина».

Все организации, которые участвовали в исследовании, были разделены на два типа:

- 1) амбулаторные медицинские организации общего профиля (поликлиники, медицинские многопрофильные центры);
- 2) медицинские организации, предоставляющие услуги в области антивозрастной медицины, в т.ч. эстетической медицины и косметологии.

Проведен сравнительный анализ реализации существующих профилактических программ в государственных и частных медицинских организациях. На основании информации, полученной путем изучения учетно-отчетной документации медицинских организаций, выкопировки данных из медицинской документации, экспертной оценки, анкетирования и интервьюирования пациентов разработаны подходы к созданию персонифицированных профилактических программ, изучены принципы управления и маркетинга при оказании гериатрической помощи, разработаны пути реализации персонифицированных профилактических программ.

Статистическая обработка результатов исследования включала расчет средних величин, экстенсивных и интенсивных показателей, факторный анализ с определением факторной нагрузки, многомерный биометрический анализ по методу G. Apton (1982). Полученные данные были обработаны с помощью программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

Результаты и обсуждения.

Качество жизни людей и степень их независимости в повседневной жизни в пожилом возрасте, а также риск их развития, сопряженный со зрелым возрастом определяются наличием медико-социальных синдромов, таких как когнитивный дефицит, саркопения, синдром гипомобильности, синдром мальнутриции, синдром снижения зрения.

Был проведен анализ данных, который позволил констатировать, что в практической деятельности в отношении большинства описанных выше состояний (когнитивный дефицит, саркопения, гипомобильность, мальнутриция) существует значительный достоверный ($p < 0,05$) разрыв между средним возрастом людей, когда появляются признаки данных состояний и возрастом людей, когда эти состояния впервые регистрируется в реальной медицинской практике при существующей системе организации помощи. С одной стороны, это может объясняться тем, что развитие данных состояний 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 (табл. 1).

Таблица 1

Взаимосвязь основных медико-социальных синдромов с заболеваниями, определяющим 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 венозная недостаточность	Нет, $p > 0,05$
Мальнутриция	Хронические заболевания	Нет, $p > 0,05$

	желудочно-кишечного тракта	
	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, $p < 0,01$

Учитывая, что формирование медико-социальных синдромов и заболеваний, которые приводят к ним, начинается в среднем на 15-18 лет раньше, чем они регистрируются в реальной медицинской практике, необходимо повышение эффективности геронтологической профилактической помощи. Для этого целесообразно смещение персонализированных профилактических мероприятий на более ранние возрастные группы населения.

В ходе исследования был проведен анализ готовности частных медицинских организаций и клиник принимать участие в реализации программ персонализированной профилактики. Оказалось, что все частные медицинские организации готовы в той или иной форме участвовать в этом процессе (табл. 2).

Таблица 2

Готовность частных медицинских организаций принимать участие в реализации программ персонализированной профилактики

Тип медицинской организации	Опрошенный персонал	Результаты опроса (в % от числа опрошенных)		
		Готовы реализовывать самостоятельно	Готовы реализовывать в партнерстве с другими типами мед. организаций	Не готовы
Многопрофильные медицинские центры	Административно-управленческий аппарат	9,6%	90,4%	0%
	Врачи	15,3%	86,6%	0,3%
Клиники эстетической медицины	Административно-управленческий аппарат	24,2%	76,7%	1,1%
	Врачи	11,3%	85,3%	3,4%

Интересным явился тот факт, что представители государственных поликлиник были готовы поддержать инициативу негосударственных медицинских организаций по реализации программ персонализированной профилактики и принимать участие в партнерстве по интеграции программ популяционной и персонализированной профилактики (табл. 3).

Таблица 3

Готовность государственных медицинских организаций сотрудничать с негосударственными медицинскими организациями

Позиция опроса	Опрошенный персонал	Результаты опроса (в % от числа опрошенных)	
		Готовы реализовывать самостоятельно	Не готовы
Поддержка реализации программ персонализированной профилактики в негосударственных учреждениях	Административно-управленческий аппарат	97,8%	2,2%
	Врачи	96,4%	3,6%
Готовность участвовать в интеграции популяционных и персонализированных программ	Административно-управленческий аппарат	92,2%	7,8%
	Врачи	79,5%	20,5%

В ходе исследования были изучены и сгруппированы задачи медицинских организаций при взаимодействии с пациентами – потенциальными потребителями услуг персонализированной профилактики.

Все задачи можно было разделить на три группы:

1) задачи медицинского характера. К ним можно отнести следующие: обеспечение качественного оказания специализированной медицинской помощи, в соответствии с действующей лицензией на медицинскую деятельность; строгое соблюдение действующих стандартов оказания медицинской помощи, снижение рисков и осложнений медицинской помощи и т.д.;

2) задачи этического характера: повышение удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью, создание положительного мнения о медицинской организации и т.д.;

3) задачи коммерческого характера: увеличение количества первичных пациентов, пришедших по положительной рекомендации других пациентов о данной медицинской организации, увеличение количества услуг, которые пациент предпочитает выбрать именно в данной медицинской организации, увеличение прибыли медицинской организации и т.д.

Совокупность выявленных закономерностей и взаимосвязей была использована для создания прогностической шкалы возможности создания и эффективной реализации персонализированных профилактических программ для различных ситуаций (программы первичной профилактики когнитивного дефицита, саркопении, мальнутриции, гипомобильности, снижения зрения; программы вторичной профилактики).

Для формирования критериев отбора для реализации программ персонализированной профилактики, их содержания (диагностические методы, методы профилактики и т.д.) были рассчитаны значения шкал прогноза целесообразности и эффективности программ персонализированной профилактики.

В таблице 4 представлены показатели для расчета прогностической шкалы макета создания и реализации персонализированной программы первичной профилактики саркопении. Неоспоримым является тот факт, что с точки зрения маркетинга, персонализированные профилактические услуги на рынке вводятся для повышения конкурентоспособности организации, увеличения объема продаж медицинских услуг и оказания востребованных на рынке услуг.

Таблица 4

Показатели для расчета прогностической шкалы макета создания и реализации персонализированной программы первичной профилактики саркопении (фрагмент)

Прогностический показатель	Степень выраженности	Оценка в баллах (A _i)	Весовой коэффициент (K _i)	Прогностический балл
Метод диагностики	Биоимпедансометрия	4	1,0	Всоответствии с выражением (1)
	Динамометрия	2		
	Оценка скорости ходьбы	2		
	Оценка отжиманий	1		
	Оценка приседаний	0		
	Определение параметров пассивной подвижности	2		
	Рентгенографическое исследование	2		
Определение эндокринного статуса	Исследование уровня содержания тиреотропного гормона	4	0,80	– " –
	Исследование уровня содержания гормона Т4	2		
	Исследование уровня содержания гормонов Т4	2		
	Исследование содержания антител к тиреоглобулину	1		
...				
Виды физической активности	Силовые тренировки	4	1,00	– " –
	Плавание	3		
	Бег	2		
	Быстрая ходьба	1		
...				
Поддержка мотивационной составляющей	Есть	3	0,89	
	Нет	0		
	Под руководством	3		

	инструктора ЛФК		
	Самостоятельно	1	
Всего: интервал возможных значений: max = 29,05; min = 0; прогностический балл успешного создания и реализации программы = 19,91			

При этом ключевыми с точки зрения значимости по данным анализа экспертных оценок являются следующие позиции: 1) руководство организации должно проанализировать потребность потенциальных потребителей услуг ($p < 0,01$); 2) организация должна располагать необходимыми для этого возможностями и ресурсами для введения услуги персонализированной профилактики ($p < 0,02$), в т.ч. при отсутствии собственных возможностей состоять в договорных отношений с другими заинтересованными организациями, обладающими такими возможностями ($p < 0,02$), 3) иметь регламент введения новой услуги персонализированной профилактики ($p < 0,01$), 4) иметь регламенты реализации этих услуг ($p < 0,01$).

При изучении организаций здравоохранения с точки зрения таких свойств как эмерджентность, аддитивность, синергичность, мультипликативность, устойчивость, адаптивность, централизованность, обособленность, совместимость оказалось, что популяционные профилактические программы оптимальнее реализовывать в государственных медицинских организациях, а персонализированные программы профилактики - в частных организациях. При этом необходимо учитывать, что потребности потенциального пользователя профилактических услуг в большой степени зависят от его личных, индивидуальных, культурных и других особенностей, наличия у него рентабельных установок, конкретных медико-социальных проблем, с которой сталкивается личность.

В итоге, принципиальная модель внедрения, реализации и оценки эффективности услуги персонализированной профилактики выглядит следующим образом (рис. 1).



Рис. 1. Модель внедрения, реализации и оценки эффективности услуги персонафицированной профилактики.

В таблице 5 представлены данные об основных показателях, связанных со здоровьем и качеством жизни среди пациентов, которые получили программы персонафицированной профилактики в медицинских организациях, которые были базами эксперимента.

Таблица 5

Основные показатели, связанные со здоровьем и качеством жизни среди пациентов, которые получили программы персонафицированной профилактики

Показатель	До внедрения	После внедрения	Динамика, р
Уровень качества жизни по SF-36	64,3±2,1	73,1±1,9	+, p<0,05
Уровень тревожно-депрессивного синдрома (по ВАШ)	4,2±0,7	3,1±0,5	+, p<0,05
Степень мотивации к модификации образа жизни (везде далее по ВАШ)	3,4±0,2	5,7±0,5	+, p<0,05
Степень мотивации к постоянному применению базисной терапии	3,5±0,3	5,6±0,4	+, p<0,05
Степень удовлетворенности состоянием здоровья	4,7±0,7	8,1±0,6	+, p<0,05

Кроме того, внедрение разработанных принципов создания и реализации программ персонализированной профилактики позволило улучшить выявляемость артериальной гипертензии на 6,8%, сахарного диабета второго типа на 11,2%, гипотиреоза на 18,9%, хронической венозной недостаточности на 32,2%,

Таким образом, результаты исследования свидетельствуют о перспективности внедрения персонализированного подхода при оказании профилактической помощи в современных социально-экономических условиях на основе сочетания достижений отечественной медицины в области профилактики заболевания и новых трендов в области обеспечения потребности населения в сохранении и укреплении здоровья. Результаты работы целесообразно использовать в государственных и частных организациях здравоохранения с целью повышения качества профилактической помощи, раннего выявления таких заболеваний и состояний как когнитивные расстройства, гипотиреоз, саркопения, возрастное снижение зрения и др., улучшения функциональных параметров и параметров качества жизни.

Список использованных источников и литературы:

1. Жабоева С.Л., Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Полев А.В. Стандартизация сервисной составляющей первичного врачебного осмотра // Современные проблемы науки и образования. – 2014. - № 4 [электронное издание].
2. Жабоева С.Л., Полев А.В., Трифонова Н.Ю., Петросов С.Н. Пути совершенствования управления кадровым потенциалом организаторов здравоохранения // Современные проблемы науки и образования. – 2014. - № 4 [электронное издание].
3. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Куницына Н.М., Жабоева С.Л. Оценка деятельности частных медицинских организаций. – Белгород, БелГУ, 2010. – 88 с.
4. Ключко Н.С., Жабоева С.Л. Оценка биологического возраста при организации профилактической работы // Актуальные проблемы геронтологии и гериатрии: сборник трудов научно-практической конференции с международным участием. – СПб., 2010. – С.24.
5. Прощаев К.И. Синдром старческой астении (frailty) в клинической практике: монография / К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, Т.В. Павлова. – Белгород: ИД «Белгород» НИУ «БелГУ», 2013. – 88с.