

УДК 616-053.9

НЕКОТОРЫЕ МЕДИКО-ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ РЕАЛИЗАЦИИ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКИХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ ПРОГРАММ

¹Жабоева С.Л., ²Полев А.В.

¹*Казанский государственный медицинский университет*

²*Академия постдипломного образования ФНКЦ ФМБА России*

На современном этапе все более актуальным становится реализация геронтологических профилактических программ. При этом важное место занимают ведущие медико-социальные факторы. В работе научно обоснован выбор состояний, в отношении которых требуется реализация программ профилактики с учетом их медико-социальной значимости (когнитивный дефицит, саркопения, мальнутриция, гипомобильность, снижение зрения и др.). При существующей системе организации помощи существует достоверный разрыв между возрастом людей, когда появляются признаки медико-социальных синдромов и возрастом людей, когда эти синдромы впервые регистрируются в реальной медицинской практике, что требует совершенствования программ профилактики данных состояний. Цель исследования – изучить медико-организационные аспекты, дать оценку существующим геронтологическим профилактическим программам и их эффективности.

Ключевые слова: геронтологические профилактические программы.

MEDICAL AND ORGANIZATIONAL ASPECTS OF THE IMPLEMENTATION OF GERONTOLOGICAL PREVENTION PROGRAMS

¹Zhaboeva S.L., ²Polev A.V.

¹*Kazan State Medical University*

²*Academy of Postgraduate Education FNCC FMBA of Russia*

At the present stage, the implementation of gerontological preventive programs is becoming more and more relevant. At the same time, an important place is occupied by the leading medical and social factors. The paper scientifically substantiates the choice of conditions for which the implementation of prevention programs is required, taking into account their medical and social significance (cognitive deficit, sarcopenia, malnutrition, hypomobility, vision loss, etc.). With the existing system of organizing care, there is a significant gap between the age of people when signs of medical and social syndromes appear and the age of people when these syndromes are first registered in real medical practice, which requires improving programs for the prevention of these conditions. The purpose of the study is to study the medical and organizational aspects, to assess the existing gerontological prevention programs and their effectiveness.

Key words: gerontological prevention programs.

Введение. Бурное развитие геронтологии и гериатрии на современном этапе направлено на оказание помощи лицам в возрасте 60 лет и старше. Довольно перспективной нишей для поиска способов повышения качества помощи указанным группам пациентов может быть разработка профилактических программ.

Вместе с тем, потребители медицинских услуг испытывают потребность в оказании 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 [Таевский Б.В., Олейникова Ю.В., 2004; Рахимуллина О.А., 2009; Максимова Т.М., Лушкина Н.П., 2012; Carruthers J. и соавт., 2005]. С этой целью необходимо определить потенциальные компоненты геронтологических профилактических программ, провести их анализ, изучить медико-организационные аспекты их реализации.

Цель исследования.

Изучить медико-организационные аспекты реализации геронтологических профилактических программ с учетом их медико-социальной значимости.

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.

Сбор информации осуществлен путем изучения учетно-отчетной документации медицинских организаций, выкопировки данных из медицинской документации, экспертной оценки, анкетирования и интервьюирования пациентов.

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.

Сравнительный анализ деятельности государственных и частных медицинских организаций с точки зрения возможности эффективной реализации профилактических программ отражает динамику обращаемости взрослого населения в медицинские организации, включенные в исследование.

Как видно из представленных в таблице 1 данных, количество обратившихся в государственные медицинские организации за последние 5 лет практически не изменилось.

По отношению к 2009 году количество обратившихся в 2010 году составило 101,0%, в 2011 г. – 100,9%, в 2012 г. – 101,5%, в 2013 г. - 100,8%. Количество обратившихся в государственные медицинские организации за последние 5 лет с профилактической помощью тоже практически не изменилось.

Таблица 1

Динамика количества обращений взрослого населения в медицинские организации за 5-летний период (по годам)

Тип организации	2009	2010	2011	2012	2013
государственные амбулаторные медицинские организации (всего обращений)	154544	156033	155872	156912	155716
государственные амбулаторные медицинские организации (обращений с профилактической целью)	24890	25103	24888	26012	24992
частные многопрофильные медицинские центры (всего обращений)	21085	24680	30200	31289	34012
частные клиники эстетической медицины (всего обращений)	4122	4934	5014	6018	6624

По отношению к 2009 году количество обратившихся в 2010 году составило 100,9%, в 2011 г. – 100,0%, в 2012 г. – 104,5%, в 2013 г. - 100,4%. Вместе с тем, обращаемость в частные медицинские организации прогрессивно увеличивалась. Так, по отношению к 2009 году количество обратившихся в частные многопрофильные медицинские организации в 2010 году составило 117,1%, в 2011 г. – 143,2%, в 2012 г. – 148,4%, в 2013 г. - 161,3%; количество обратившихся в частные клиники эстетической медицины в 2010 году составило 119,7%, в 2011 г. – 121,6%, в 2012 г. – 146,0%, в 2013 г. - 161,0%.

Эти данные свидетельствуют о том, что резервы существующих государственных организаций здравоохранения в плане наращивания объемов профилактической помощи на сегодняшний день ограничены. Вместе с тем, динамика обращаемости в частные организации позволяет судить о наличии у них таких возможностей.

Далее нами были изучены цели и задачи, которые ставили перед собой медицинские организации. Согласно экспертных оценок, во всех типах организаций цель медицинской помощи совпадала - улучшение медико-социальных показателей здоровья людей путем обеспечения качества помощи. Однако спектр приоритетных задач, которые ставили организации для достижения указанной цели, был различным. Нами были построены

рейтинг шкалы для каждого типа медицинских организаций, в каждом случае были определены 10 приоритетных задач.

Так, в государственных медицинских организациях приоритетными (в порядке убывания рейтинга) были следующие задачи: снижение заболеваемости с временной утратой трудоспособности, повышение охвата диспансеризацией, снижение первичного выхода на инвалидность, снижение показателя онкологической запущенности, снижение госпитализированной заболеваемости, снижение обращаемости за скорой медицинской помощью, улучшение клинико-лабораторных показателей течения заболеваний, предупреждение заболеваний у здоровых и практически здоровых лиц, уменьшение количества жалоб пациентов, повышение уровня знаний пациента о своем заболевании (на основе занятий в "школах больных"), уменьшение влияния факторов риска, снижение вредных привычек, а также сопутствующих состояний и заболеваний, оказывающих влияние на течение основной патологии ($p < 0,05$).

В негосударственных многопрофильных медицинских организациях приоритетными считались следующие задачи: повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью, улучшение клинико-лабораторных показателей течения заболевания, повышения уровня диагностики заболеваний, уменьшение влияния факторов риска, снижение вредных привычек, а также сопутствующих состояний и заболеваний, оказывающих влияние на течение основной патологии, повышение уровня знаний пациента о своем заболевании (на основе индивидуальных занятий), улучшение имиджа учреждения, повышение экономической эффективности работы учреждения, повышение уровня повседневной активности пациентов, включая бытовую активность и профессиональную деятельность, повышение приверженности к лекарственной терапии и реабилитационным мероприятиям, предупреждение заболеваний у здоровых и практически здоровых лиц, не имеющих заболеваний ($p < 0,05$).

В клиниках эстетической медицины ставились следующие задачи: повышение удовлетворенности пациентов медицинской помощью, повышение экономической эффективности работы учреждения, повышение уровня диагностики заболеваний, уменьшение влияния факторов риска, снижение вредных привычек, а также сопутствующих состояний и заболеваний, оказывающих влияние на течение основной патологии, повышение уровня знаний пациента о своем заболевании (на основе индивидуальных занятий), улучшение имиджа учреждения, повышение приверженности к лекарственной терапии и реабилитационным мероприятиям, улучшение показателей течения заболевания, предупреждение заболеваний у здоровых и практически здоровых лиц, не имеющих заболеваний ($p < 0,05$).

Для оценки существующих профилактических программ были выделены управляемые медико-социальные синдромы, в отношении которых возможна разработка и реализация профилактических программ (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. Первые пять мест заняли следующие позиции: когнитивный дефицит, саркопения, синдром гипомобильности, синдром мальнутриции, синдром снижения зрения ($p < 0,05$). Определены 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 с данными состояниями.

Согласно полученным данным первые признаки когнитивного дефицита появляются в популяции 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 дефицитом составляет $65,6 \pm 3,2$ года. 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 гипомобильности дефицитом 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 гипомобильности дефицитом составляет $50,2 \pm 1,4$ года.

Поскольку 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, резервом повышения эффективности профилактической помощи является смещение персонализированных профилактических мероприятий на более ранние возрастные группы населения.

В отношении заболеваний, которые могут определять развитие перечисленных медико-социальных синдромов и для которых существуют популяционные программы первичной и вторичной профилактики (артериальная гипертензия, сахарный диабет второго

типа, атеросклероз, хроническая сердечная недостаточность), были определены причины неполной эффективности существующих программ, а также мероприятия, которые потенциально могут повысить их эффективность (табл. 2).

Таблица 2

Экспертный анализ профилактических программ

Заболевание	Существующая модель раннего выявления	Экспертная оценка	Желаемая модель профилактики	Причины, по которым не используется желаемая модель
Артериальная гипертензия	Скрининг артериального давления	Не предусматривает скрининг ранних когнитивных расстройств	Скрининг артериального давления + скрининг ранних когнитивных расстройств	Требует дополнительных временных затрат от врача амбулаторного звена
Сахарный диабет второго типа	Скрининг содержания глюкозы в крови	Повышенное содержание глюкозы в сыворотке крови при массовых обследованиях встречается не у 100%, а у 82-85% пациентов, в результате 15-18% пациентов выбывает из реализации программы	Скрининг содержания гликированного гемоглобина	Дороже определения уровня глюкозы в 10-12 раз, требует дополнительного лабораторного оборудования
Атеросклероз	Скрининг содержания холестерина в сыворотке крови	Содержание холестерина в сыворотке крови отражает риск развития атеросклероза у 80-84% людей	Определение фракций холестерина и расчет индекса атерогенности	Дороже определения уровня холестерина в 10-15 раз, требует больших временных затрат, дополнительного лабораторного оборудования
Хроническая сердечная недостаточность	Оценка клинических данных, ультразвуковое исследование сердца	Не эффективна, т.к. не позволяет определить хроническую сердечную недостаточность	Определение мозгового натрийуретического пептида в сыворотке крови	Требует дополнительных финансовых затрат, повышает нагрузку на лабораторную службу

В ходе исследования были выявлены ведущие проблемы, связанные со здоровьем, которые волновали пациентов с заболеваниями, приводящими к основным медико-социальным синдромам, и которые стали причиной обращения пациентов в медицинские

организации, построены их рейтинг-шкалы (для всех указанных в таблице признаков $p < 0,05$) (табл. 3).

Таблица 3

Анализ проблем, послуживших причинами обращений пациентов в медицинские организации

Заболевание	Проблемы, по поводу которых пациенты обращаются в поликлинические многопрофильные организации	Проблемы, по поводу которых пациенты обращаются в клиники эстетической медицины
Гипотиреоз	Слабость	Выпадение волос Пастозность и рыхлость кожи лица Отечность век
Сахарный диабет второго типа	Сухость во рту Снижение зрения	Сухость губ Трофические расстройства нижних конечностей Проблемные морщины на лице Сухость кожи рук
Хроническая венозная недостаточность	Увеличение вен на нижних конечностях Отеки нижних конечностей	Сосудистые «звездочки» на ногах
Атеросклероз	Боли в области сердца	Пятна на веках «жировики» на различных участках тела
Артериальная гипертензия	Головокружение Головные боли	Отеки век Пастозность лица
Хронические заболевания желудочно-кишечного тракта	Неприятные ощущения в абдоминальной области Расстройства дефекации	Сухость кожи Синдром обвислой кожи

Как видно из представленных в таблице данных, пациенты с одними и теми же нозологическими формами не объединяли имеющиеся у них проблемы, связанные со здоровьем и физическим состоянием, в единое целое. С проблемами соматического характера они обращались в многопрофильные поликлинические организации, а с проблемами, связанными с внешним видом – в клиники эстетической медицины.

Значительная часть пациентов при обращении в клиники эстетической медицины уже имела соматическую патологию, причем в 44,3% случаев не диагностированную ранее.

Проведен анализ причин, по которым у этих пациентов соматическая патология не была диагностирована ранее. Среди ведущих причин следует отметить такие как отсутствие подозрения на наличие соматического заболевания (67,2%), нежелание посещать муниципальные поликлиники (53,5%), нехватка времени (34,0%). Стоит отметить, что 72,4% из этих пациентов относились к неорганизованному контингенту населения и не проходили

периодических медицинских осмотров. При этом на вопрос о том, где пациенты заинтересованы проходить обследование и лечение по поводу выявленной соматической патологии, ответы распределились следующим образом: только в муниципальных поликлиниках – 17,6%, только в негосударственных медицинских центрах, где сервисный уровень услуг соответствует уровню клиник эстетической медицины – 22,4%, готовы сочетать посещение двух видов учреждений – 59,6%, не планируют заниматься коррекцией соматической патологии – 0,4%.

Результаты опроса показали, что основная масса пациентов готовы получать программы первичной и вторичной профилактики в учреждениях различного типа и форм собственности, что дает основание развивать программы персонализированной профилактики, интегрируя их в программы популяционной профилактики. Тем более они будут дополнять друг друга, т.к. популяционные профилактические программы ориентированы на выявление и коррекцию параметров функционирования организма, которые определяют наличие и развитие заболеваний, которые в итоге определяют потенциальный риск повышения смертности в группах населения. Однако они непосредственно не ориентированы на показатели, которые определяют качество жизни больных и обеспечения уровня их независимости в повседневной жизни, такая ориентация носит лишь опосредованный характер.

Таким образом, анализ реализации профилактических геронтологических программ показал необходимость регулирования спроса и предложений на рынке медицинских услуг. Антивозрастная медицина с точки зрения профилактики заболеваний и инвалидности является привлекательным сегментом в плане заявленных задач, однако может в процессе получения услуг стать непривлекательным для пациента в связи с тем, что медицинский и экономический эффект проявляется не сразу после ее окончания, а спустя некоторое время. На настоящем этапе развития рынка медицинских услуг в этом направлении наиболее актуальными проблемами является разработка и внедрение стандартов услуг в разделе антивозрастной медицины, разработка профилактических геронтологических программ, а также создание позитивного мнения среди потенциальных потребителей.

Список использованных источников и литературы:

1. Аносова Е.В., Жабоева С.Л. Оценка влияния состояния полиморбидности на процессы преждевременного старения в городской популяции // Актуальные вопросы поликлинической практики: тезисы докл. Международной конф. - Киев, 2009. - С. 77.

2. Бермусова А.Л., Жабоева С.Л., Коваленко А.С. Зрелый возраст как рисковый по развитию возраст-ассоциированных состояний // Геронтологический журнал им. В.Ф. Купревича. – 2011. - № 6. – С. 13-16.

3. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Куницына Н.М., Жабоева С.Л. Оценка деятельности частных медицинских организаций. – Белгород, БелГУ, 2010. – 88 с.

4. Ильницкий А.Н., Жабоева С.Л., Полев А.В., Прощаев К.И. Подходы к введению новых услуг в области антивозрастной медицины // Фундаментальные исследования. - № 7, ч. 5. – С. 950-954.

5. 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.