

УДК 616-053.9:616-079

СОВРЕМЕННЫЕ ПРОГРАММЫ ОБСЛЕДОВАНИЯ В АНТИВОЗРАСТНОЙ МЕДИЦИНЕ

¹Жабоева С.Л., ¹Полев А.В., ¹Крулевский В.А., ¹Губарев Ю.Д.,
¹Горелик С.Г., ²Кветной И.М.

¹АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология»,
Москва, e-mail: sggorelik@mail.ru;

²Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, Санкт-Петербург

Современное развитие медицинской науки требует поиска новых форм организации медицинской профилактической помощи. Целью исследования явились поиск и разработка подходов к составлению программ обследования в антивозрастной медицине. Было изучено 4189 случаев предоставления услуг в области антивозрастной медицины путем непосредственного динамического медико-организационного наблюдения, выкопировки данных из медицинской документации, экспертных оценок, анкетирования и интервьюирования пациентов. В результате исследования были изучены и сгруппированы задачи медицинских организаций при взаимодействии потенциальными потребителями услуг в области антивозрастной медицины. Также полученная в ходе исследования совокупность выявленных закономерностей и взаимосвязей была использована авторами для создания прогностической шкалы возможности и эффективной реализации персонализированных профилактических программ. Таким образом, разработанные принципы создания и реализации программ обследования в области антивозрастной медицины основаны на формировании целевых групп пациентов.

Ключевые слова: антивозрастная медицина, программа обследования

MODERN INSPECTION PROGRAMS IN ANTI-AGING MEDICINE

¹Zhaboeva S.L., ¹Polev A.V., ¹Krulevskiy V.A., ¹Gubarev Y.D., ¹Gorelik S.G., ²Kvetnoy I.M.

¹Independent non-profit organization Research medical center «Gerontology»,
Moscow, e-mail: sggorelik@mail.ru;

²Institute of bioregulation and gerontology Russian Academy of Medical Sciences, St. Petersburg

Research objective were search and development of approaches to drawing up programs of inspection in anti-aging medicine. Materials and methods: 4189 cases of services in the field of anti-aging medicine by direct dynamic medico-organizational supervision, expert estimates, interviewing of patients were studied and etc. As a result we studied and grouped tasks of the medical organizations at interaction by potential services consumers in the field of anti-aging medicine. The received set of the revealed regularities and interrelations was used by authors for creation of a predictive scale of opportunity and effective implementation of the personified preventive programs. Thus, the developed principles of creation and implementation of programs of inspection in the field of anti-aging medicine are based on formation of target groups of patients.

Keywords: anti-aging medicine, program of inspection

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, а не на конкретного индивидуума [1, 2, 3]. 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, 5].

Довольно перспективной нишей 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 [6]. К таковым относятся потребители профилактических и оздоровительных услуг в области антивозрастной медицины. Однако в этой области необходима разработка подходов к программам обследования, т.к. к настоящему времени они не вполне разработаны [7].

Цель работы – разработать подходы к составлению программ обследования в антивозрастной медицине.

Материал и методы исследования

Было изучено 4189 случаев предоставления услуг в области антивозрастной медицины 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. Был проведен анализ современных моделей профилактической помощи по критериям: заболевание, существующая модель раннего выявления, желаемая модель профилактики, причины, по которым не используется желаемая модель. На этой основе были разработаны подходы к созданию персонализированных профилактических программ. Были разработаны подходы к созданию персонализированных программ профилактики при значимых медико-социальных состояниях (синдромах). При этом были определены медико-социальные состояния (синдромы), в отношении которых разработка персонализированных профилактических программ в области антивозрастной медицины целесообразна, определены компоненты персонализированных профилактических программ, достоверно определяющие их эффективность, разработана базисная структура программ.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ приведенных данных позволил констатировать, что в реальной практике в отношении большинства медико-социальных синдромов (когнитивный дефицит, саркопения, гипомобильность, мальнутриция), которые определяют задачи антивозрастной медицины, существует значительный достоверный ($p < 0,05$) разрыв между средним возрастом людей, когда появляются признаки данных состояний, и возрастом, когда эти состояния впервые регистрируются в реальной медицинской практике при существующей системе организации помощи. С одной стороны, это может объясняться тем, что развитие данных состояний медико-социальных синдромов не всегда сопряжено с наличием заболеваний, которые непосредственно определяют повышенный риск смертности и уменьшение 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, определяющими повышенный риск смертности и уменьшение продолжительности жизни

Медико-социальный синдром	Связь медико-социального синдрома с заболеванием (состоянием), которое определило его развитие	Связь заболевания с повышенным риском смертности и уменьшением 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, $p < 0,01$

В ходе исследования были изучены и сгруппированы задачи медицинских организаций при взаимодействии с пациентами – потенциальными потребителями услуг персонифицированной 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 данной медицинской организации, увеличение количества услуг, которые пациент предпочитает выбрать именно в данной медицинской организации, увеличение количества лояльных пациентов, которые возвращаются для лечения в данную медицинскую организацию, увеличение прибыли медицинской организации и т.д.

Таблица 2

Показатели для расчета прогностической шкалы макета создания и реализации персонифицированной 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	В соответствии 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 Т3	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 инструктора ЛФК	3		
	Самостоятельно	1		
Всего: интервал возможных значений: max = 29,05; min = 0; прогностический балл успешного создания и реализации программы = 19,91				

Совокупность выявленных закономерностей и взаимосвязей была нами использована для создания прогностической шкалы возможности создания и эффективной реализации персонифицированных профилактических программ для 10 ситуаций (программы первичной профилактики когнитивного дефицита, саркопении, мальнотриции, гипомобильности, снижения зрения; программы вторичной профилактики). Для формирования критериев отбора для реализации программ персонифицированной профилактики, их содержания (диагностические методы, методы профилактики и т.д.) были рассчитаны значения шкал прогноза целесообразности и эффективности программ персонифицированной профилактики. Градации прогностических показателей были выражены в баллах. Каждая шкала суммирует балльную оценку выраженности этих показателей (A_i) с весовыми коэффициентами (k_i), равными их ранговой значимости, вычисленной с помощью алгоритма деревьев классификации (в относительных единицах) в соответствии с выражением

$$\sum_{i=1}^{13} A_i \cdot k_i.$$

В табл. 2 представлены показатели для расчета прогностической шкалы макета создания и реализации персонифицированной программы первичной профилактики саркопении.

Неоспоримым является тот факт, что с точки зрения маркетинга персонифицированные профилактические услуги на рынке вводятся для повышения конкурентоспособности организации, увеличения объема продаж медицинских услуг и оказания востребованных на рынке услуг. 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 персонифицированной профилактики ($p < 0,02$), в т.ч. при отсутствии собственных возможностей состоять в договорных отношениях с другими заинтересованными организациями, обладающими такими возможностями ($p < 0,02$);

3) иметь регламент введения новой услуги персонифицированной профилактики ($p < 0,01$);

4) иметь регламенты реализации этих услуг ($p < 0,01$).

Заключение

Разработанные принципы создания и реализации программ обследования в области

антивозрастной медицины основаны на формировании целевых групп пациентов, которые обращаются за медицинскими услугами в частные организации здравоохранения по признаку риска развития или наличия когнитивного дефицита, саркопении, мальнотриции, гипомобильности, снижения зрения.

Список литературы

1. Глушанко В.С. Научное обоснование подходов к организации системы контроля качества и эффективности медицинской помощи в учреждениях различного профиля / В.С. Глушанко // Проблемы современной медицины и фармации: Тез. докл. 53-й науч. сессии ВГМИ (г. Витебск, 13–14 февраля 1998 г.). – Витебск, 1998. – Т. II. – С. 187.
2. Мартынов А.А., Власова А.В. 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.
3. Мартынов А.А., Матушевская Ю.И. Особенности оказания высокотехнологичной медицинской помощи по профилю «дерматовенерология» в 2010 г. / А.А. Мартынов, Ю.И. Матушевская // Вестн. дерматол. и венерол. – 2010. – № 1. – С. 5–9.
4. Пашинян А.Г. О профессиональных ошибках и неблагоприятных исходах при оказании дерматокосметологических услуг / А.Г. Пашинян, Ф.У. Шарфетдинова, Д.Г. Джаваева // Судебно-медицинская экспертиза профессиональных ошибок и дефектов оказания медицинской помощи: материалы науч. прак. конф. – М., 2009. – С. 114–115.
5. Прошхаев К.И., Ильницкий А.Н., Зезюлин П.Н., Филиппов С.В., Лукьянов А.А., Жернакова Н.И. Медико-социальные проблемы геронтологии и гериатрии: осведомленность населения и медицинских работников // Успехи геронтологии. – 2008. – Т. 21, № 1. – С. 160–164.
6. Elston D.M. Epidemiology and prevention of skin and soft tissue infections // *Cutis*. – 2004. – Vol. 73(5 Suppl). – P. 3–7.
7. The original technique of augmentation of lips / A. Erian, N.E. Ionescu // *Int J Cosm Surg Aesth Derm*. – 2000. – Vol. 2. – № 1. – P. 17–19.

References

1. Glushanko V.C. Problemy sovremennoj mediciny i farmacii: Tez. dokl. 53-j nauch. sessii VGMI (g. Vitebsk, 13–14 fevralja 1998 g.), Vitebsk, 1998, pp. 187.
2. Martynov A.A., Vlasova A.V. Problemy standartizacii v zdavoohranenii, 2014, no 3–4, pp. 3–11.
3. Martynov A.A., Matushevskaja Ju.I. Vestn. dermatol. i venerol, 2010, no. 1, pp 5–9.
4. Pashinjan A.G. Cudebno-medicinskaja jekspertiza professional'nyh oshibok i defektov okazanja medicinskoj pomoshhi. Materialy nauch. prak. konf. M., 2009, pp. 114–115.
5. Proshhaev K.I., Il'nickij A.N., Zezulin P.N., Filipov S.V., Luk'janov A.A., Zhernakova N.I. Uspehi gerontologii, 2008, Vol. 21, no. 1, pp. 160–164.
6. Elston D.M. Epidemiology and prevention of skin and soft tissue infections // *Cutis*. 2004. Vol. 73(5 Suppl). p. 3–7.
7. The original technique of augmentation of lips / A. Erian, N.E. Ionescu // *Int J Cosm Surg Aesth Derm*. 2000. Vol. 2. no. 1. pp. 17–19.

Рецензенты:

Перельгин К.В., д.м.н., старший научный сотрудник отдела клинической геронтологии, АНО «Научно-исследовательский центр «Геронтология», г. Москва;

Иванова М.А., д.м.н., профессор кафедры терапии, гериатрии и антивозрастной медицины, ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФБМА России, г. Москва.

Работа поступила в редакцию 06.03.2015.