

На правах рукописи

**ПОЛЕВ
АЛЕКСАНДР ВИТАЛЬЕВИЧ**

**НАУЧНОЕ ОБОСНОВАНИЕ ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЯ
ГЕНДЕР-ОРИЕНТИРОВАННЫХ ПРОФИЛАКТИЧЕСКИХ
ГЕРИАТРИЧЕСКИХ МЕРОПРИЯТИЙ**

14.01.30 – Геронтология и гериатрия

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
доктора медицинских наук

Белгород – 2020

Работа выполнена в Академии постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства»

Научный консультант:

доктор медицинских наук Почитаева Ирина Петровна

Официальные оппоненты:

Медведев Дмитрий Станиславович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий лабораторией восстановительного лечения и реабилитации Автономной научной некоммерческой организации высшего образования Научно-исследовательский центр «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии»

Радченко Ольга Рафаилевна, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры профилактической медицины и экологии человека ФПК и ППС федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Казанский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Лукьянова Инна Евгеньевна, доктор медицинских наук, доцент, профессор кафедры клинических основ дефектологии и специальной психологии Государственного образовательного учреждения высшего образования Московской области Московский государственный областной университет.

Защита диссертации состоится «___» _____ 2020 г. в ___ часов на заседании диссертационного совета БелГУ.14.03 при федеральном государственном автономном образовательном учреждении высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» по адресу: 308015, г. Белгород, Народный бульвар 21, корпус 19.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке и на сайте федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» www.bsu.edu.ru.

Автореферат разослан «___» _____ 20 г.

Ученый секретарь
диссертационного совета,
доктор медицинских наук, доцент

Осипова Ольга Александровна

ВВЕДЕНИЕ

Актуальность проблемы

Последние 40 лет в России неизменно растет естественный, но одновременно и неблагоприятный показатель – смертность взрослых мужчин. По данным «Мониторинга экономической ситуации в России» Института экономической политики имени Е.Т. Гайдара и Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации мужчины живут меньше женщин в среднем на десять с лишним лет, и это один из самых высоких показателей среди европейских стран [Скворцова В.И., 2019].

Перелома в общей тенденции не наблюдается, даже несмотря на то, что в 2006 году общая продолжительность жизни заметно увеличилась. За рассматриваемый период от 2006 года до настоящего времени подобные кратковременные скачки отмечались, по крайней мере, дважды. Исчерпывающего объяснения так же, как и четкой программы для превенции такого явления, как рост смертности, до сих пор еще не выявлено. Так, по данным от 2018 года продолжительность жизни мужчин составила в среднем 67,66 года, женщин – 77,87 года. Высокая смертность представителей мужского пола порождает множество проблем: вдовство и сиротство, одиночество и бедность пожилых [Зубец А.Н., 2018; Скворцова В.И., 2019].

В связи с этим, как отечественное здравоохранение проходит период поиска новых форм организации медицинской помощи в связи с тем, что существующие механизмы практически достигли максимума в повышении качества помощи. Вместе с тем, стратегия превентивной помощи представляет собой повышение заинтересованности личности к профилактическим программам с целью достижения активного функционального статуса в старшем возрасте, подготовка с раннего возраста мышления населения о философии возраста и своего здоровья. Поэтому актуализируется поиск новых ключевых параметров, на которые должны быть ориентированы профилактические мероприятия [Ющук Н.Д., Маев И.В., Гуревич К.Г., 2012, Архипова М.П., Хамошина М.Б., 2018].

Довольно перспективной нишей для поиска способов повышения количества и качества профилактической помощи пациентов может быть разработка лечебно-профилактических программ, ориентированных на определенные группы потребителей услуг, кардинально отличающихся по каким-либо значимым признакам. До сей поры как правило такие программы были ориентированы на различия пациентов по группам заболеваний, по видам помощи (амбулаторно-поликлиническая, стационарная и пр.), реже – по полу и возрасту. А именно половые (гендерные) и возрастные отличия не в полной мере используются при создании и реализации лечебно-профилактических программ [Куницына Н.М., 2012; Перелыгин К.В., 2013; Goll S. и соавт., 2015].

Что касается гендерных отличий, то в отношении помощи женщинам существует четкая структура акушерско-гинекологической службы. В

отношении мужчин такой службы нет, существуют лишь отдельные андрологические или урологические кабинеты (отделения), ориентированные на оказание помощи мужчинам. Как службы помощи женщинами, так и мужчинам в основной своей массе ориентированы на нозологический подход и призваны, прежде всего, решать проблемы генитальной сферы, родовспоможения и т.п. В то же время в отношении пациентов и пациенток с соматической патологией существуют лишь разрозненные лечебно-профилактические программы (например, лечение остеопороза у женщин), не объединенные единой концепцией гендерной медициной [Протопопова П.Д., 2008; Гилева В.В., 2009; Фесенко В.В., и соавт., 2018].

В отношении возрастного фактора нельзя отрицать бурное развитие геронтологии и гериатрии. Однако до последнего времени это направление науки и практики было направлено на оказание помощи лицами в возрасте 60 лет и старше. Вместе с тем, клинико-эпидемиологические данные показывают, что не менее 40% людей зрелого (возраста) имеют признаки преждевременного старения, что требует разработки для них специальных лечебно-профилактических программ. О важности этого свидетельствует Первый доклад ВОЗ по старению (2014), в котором люди зрелого возраста выделяются как отдельная целевая группа профилактического гериатрического воздействия [Шабалин В.Н., 2010; Фролова Е.В., 2012; Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., 2011, 2012, 2015; Ткачева О.Н., 2015; Khavinson V. и соавт., 2013; Trofimova S., 2019].

Все изложенное свидетельствует об актуальности внедрения комплексного гендер- и возрасториентированного подхода при оказании медицинской помощи в современных социально-экономических условиях.

Степень разработанности темы

В настоящее время во всем мире разрабатывается много программ для увеличения продолжительности и качества жизни. Разработаны протоколы по здоровому образу жизни, по лечению различных возраст-ассоциированных заболеваний.

Однако ведется поиск способов повышения количества и качества профилактической помощи пациентов, разработка лечебно-профилактических программ, ориентированных на определенные группы потребителей услуг, кардинально отличающихся по каким-либо значимым признакам. Актуальным представляется создание и реализация лечебно-профилактических программ с учетом гендерных и возрастных отличий, в то время как на сегодняшний день, такие программы ориентированы на различия пациентов по группам заболеваний, по видам помощи (амбулаторно-поликлиническая, стационарная и пр.) без учета пола и возраста.

Цель работы

Разработать и научно обосновать подходы к организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Задачи исследования

1. Провести сравнительный гериатрический анализ состояния здоровья мужчин и женщин.
2. Проанализировать проблемы, сопряженные с развитием дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности.
3. Определить взаимосвязь основных дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности.
4. Провести медико-социальную характеристику существующих профилактических программ.
5. Провести сравнительный анализ деятельности государственных и частных медицинских организаций с точки зрения возможности эффективной реализации профилактических гендер-ориентированных программ для людей зрелого возраста.
6. Разработать, апробировать и оценить эффективность модели организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Научная новизна исследования

В диссертации впервые были выделены ведущие дефицитные состояния, обуславливающие ограничение жизнедеятельности, у мужчин и у женщин: дина- и саркопения, когнитивная недостаточность, синдром гипомобильности, нутритивные нарушения, гормональные изменения (возрастной андрогенный дефицит (ВАД) у мужчин и климактерический синдром (КС) у женщин), депрессивный синдром, синдром одиночества.

Впервые доказано, что формирование ведущих дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, начинается в среднем на 11-17 лет раньше, чем они регистрируются в реальной медицинской практике, что является резервом повышения эффективности профилактической помощи путем смещения персонифицированных профилактических мероприятий на население, находящееся в зрелом возрасте.

В диссертационном исследовании впервые определено, что женщины более активно пользовались профилактическими услугами, что могло быть связано как с их более активной позицией в области сохранения и укрепления здоровья, большей уровнем собственно медико-гигиенического образования, так и большим количеством предлагаемых профилактических гендер-ориентированных программ. Продолжительность жизни мужчин гораздо меньше, чем у женщин, что также может быть причиной редкого обращения мужчин за медицинской помощью. Имеются отличия в обращаемости за профилактическими услугами по гендерному и организационному признакам. В частных центрах женщин обращается за профилактической помощью больше, чем мужчин в отношении 0,86:0,14, в государственных – не столь значимые различия, которые составили 0,62:0,38 отношение.

Впервые была разработана модель организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий позволила увеличить охват скрининга дефицитных состояний, обуславливающих

ограничение жизнедеятельности, а именно, возрастного адрогенного дефицита на $45,7 \pm 1,2\%$, заболеваний, передающихся половым путем на $6,8 \pm 0,2\%$, ВИЧ-инфекций на $11,2 \pm 0,8\%$, когнитивной недостаточности на $18,9 \pm 1,1\%$, нутритивного дефицита на $32,2 \pm 1,3\%$, что повышает уровень качества жизни пациентов на $9,8 \pm 1,3$ баллов по шкале SF-36, а также удалось улучшить психологический статус пациентов, удовлетворенность показателями здоровья и степень социального функционирования.

Теоретическая и практическая значимость исследования

Результаты диссертации могут быть применены для увеличения степени вовлеченности организаций здравоохранения в предоставлении профилактических услуг населению. Внедрение модели организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий по скринингу дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, будет способствовать повышению охвата населения профилактической помощью и повышению качества профилактической помощи. Разработанные принципы создания и реализации модели организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий по скринингу дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, для людей зрелого возраста дают возможность сформировать целевые группы пациентов, которые обращаются за медицинскими услугами в частные организации здравоохранения, у которых следует проводить скрининг дефицитных состояний и требующих дополнить программы популяционной профилактики профилактической помощью. Результаты работы целесообразно использовать в государственных и частных организациях здравоохранения с целью повышения качества профилактической помощи, что в итоге будет способствовать улучшению функциональных параметров и качества жизни пациентов, улучшению параметров качества жизни.

Методология и методы диссертационного исследования

Для выполнения задач диссертационного исследования нами был проведен сравнительный гериатрический анализ состояния здоровья мужчин и женщин, в основе которого лежало изучение распространенности функциональных дефицитов, связанных с гериатрическими синдромами в различных возрастных группах. Для этого нами была применена оригинальная программа для ЭВМ «Специализированный гериатрический осмотр» (свидетельство о государственной регистрации № 2015613438), такие как когнитивная недостаточность, синдром гипомобильности, синдром падений и нутритивный дефицит, депрессивный синдром выявлялся по шкале депрессии Бека (Beck Depression Inventory), нарушения сна оценивались по шкале Sleep Quality Scale (SQS), сила мышц была определена при помощи кистевого динамометра, ориентировочная масса мышц была рассчитана по формуле: масса мышц = окружность плеча в области трицепса (см) – 3,14 X толщина кожно-мышечной складки над трицепсом (см).

В диссертационном исследовании нами были определены объем и своевременность обследования пациентов, объемы выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий в рамках реализации программ первичной и вторичной профилактики при должных нормативных документах, 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 дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности.

В ходе исследования были разработаны подходы к созданию гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий. Эффективность модели организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий оценена по уровню скрининга дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, и по оценке качества жизни с помощью опросника SF-36. Показатели тревожно-депрессивного синдрома, степени мотивации к модификации образа жизни, степени мотивации к постоянному применению базисной терапии и степени удовлетворенности состоянием здоровья были оценены с помощью 10-бальной визуально-аналоговой шкалы. При статистическом анализе материала выполняли расчет интенсивных и экстенсивных показателей средних величин. Для оценки значимости различий двух совокупностей мы применяли критерий t-Стьюдента. Для определения характера распределения нами был использован метод χ^2 . Применяли факторный анализ с определением факторной нагрузки, проводили многомерный биометрический анализ по методу G. Apton (1982).

Основные положения диссертации, выносимые на защиту

1. Ведущими дефицитными состояниями, обуславливающими ограничение жизнедеятельности, являются синдром динапении либо саркопении, когнитивная недостаточность, синдром гипомобильности, нутритивные нарушения, гормональные изменения (возрастной андрогенный дефицит у мужчин и климактерический синдром у женщин, депрессивный синдром, синдром одиночества).

2. В отношении дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности и степень функциональной способности в пожилом возрасте, но развитие которых сопряжено со средним возрастом, наблюдаются гендерные различия как в сроках их возникновения, так и в показателях обращаемости.

3. В реальной практике в отношении большинства описанных выше дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, существует значительный достоверный 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 как у мужчин, так и женщин, что требует совершенствования программ профилактики данных состояний.

4. В связи с более активной позицией в области сохранения и укрепления здоровья, большим уровнем собственно медико-гигиенического образования, большим количеством предлагаемых профилактических гендер-ориентированных программ для женщин, а также с меньшим количеством мужчин в старших возрастных группах, женщины более активно пользовались профилактическими услугами.

5. Основная масса пациентов, в большей степени мужчин, готовы получать программы гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий в учреждениях различного типа и форм собственности, интегрируя их в программы популяционной профилактики, которые на сегодняшний день непосредственно не ориентированы на дефицитные состояния, которые определяют качество жизни больных и обеспечения уровня их независимости в повседневной жизни.

6. Разработанная модель организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий дает возможность сформировать целевые группы пациентов зрелого возраста, которые обращаются за медицинскими услугами в частные организации здравоохранения, у которых следует проводить скрининг дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, с точки зрения профилактической медицины, что позволяет добиться реальной интеграции различных составляющих профилактической помощи, которая улучшает функциональные параметры организма пациента, качество их жизни, степень независимости.

Степень достоверности результатов диссертации

Достоверность научных положений определяется достаточным объемом проведенных исследований, применяемыми современными информативными методами исследования, статистической достоверностью полученных данных, использованием критериев доказательной медицины.

Апробация и реализация результатов диссертации

Результаты исследований, включенных в диссертацию, доложены и обсуждены на следующих научных мероприятиях: 1-й, 3-й и 5-й Международных научно-практических конференциях «Геронтологические чтения» (2008, 2010, 2012) (Белгород), областной научно-практической конференции «Социальная защита населения и взаимодействие с медицинскими службами» (Кировоград, Украина, 2009); межрегиональной конференции «Современная амбулаторная практика» (Новополоцк, Беларусь, 2010); Чешско-словацкой конференции «Геронтологический день в Брно» (Брно, Чехия, 2011); на Международном конгрессе по эстетической медицине и антивозрастной медицине «Sam-expo» (Москва, 2014); на научно-практической конференции «Современные подходы к популяционной и индивидуальной профилактике» (Сеул, Республика Корея, 2014); на совещаниях организаторов здравоохранения Республики Татарстан (Казань, 2008, 2010, 2013, 2014), на Российских конференциях «Пожилой человек. Качество жизни» (Москва, 2014, 2015, 2016), на Международном симпозиуме International symposium of experts (Стокгольм,

Швеция, 2018), на XXVI Международной научно-практической конференции «Инновационные подходы в современной науке» (Москва, 2018), на XV Международной научно-практической конференции Advances in Science and Technology (Москва, 2018), на Международной научной конференции «Академические геронтологические чтения к 80-летию Академика Е.Ф.Конопля» (Минск, Республика Беларусь, 2019).

Результаты данного диссертационного исследования используются в практической деятельности организаций здравоохранения гг. Москвы, Санкт-Петербурга, Белгорода, Новополюца, в научной и медицинской деятельности Общества с ограниченной ответственностью "Клиника медицинских инноваций "Мединнова" (г. Москва), АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» (г. Москва), АНО ВО «Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии» (г. Санкт-Петербург), а также в учебно-педагогическом процессе медицинского института федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Белгородский государственный национальный исследовательский университет» (г. Белгород), Академии постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства» (г. Москва), УО «Полотский государственный университет» (г. Новополюц, Республика Беларусь).

Личный вклад автора

Автором лично определены цель и задачи исследования, проанализирована отечественная и зарубежная литература по изучаемой проблеме, разработаны методические подходы к проведению исследования. Автор непосредственно производил сбор данных, обработку и обобщение полученных материалов, подготовку основных публикаций по выполненной работе, написание и оформление рукописи. Личный вклад автора составляет 95%.

Связь с научно-исследовательской работой Института

Диссертационная работа является темой, выполняемой по основному плану Академии постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства».

Публикации

По теме диссертации опубликовано 23 работы, в т.ч. 14 статей (из них 14 в научных журналах из перечня ВАК Минобра РФ), 1 авторское свидетельство.

Структура и объем диссертации

Диссертация состоит из оглавления, введения, основной части, состоящей из пяти глав, выводов, практических рекомендаций, списка использованных источников. Работа представлена на 190 страницах, содержит 22 таблицы, 8

рисунков и список использованной литературы, включающий 369 источников (в т.ч. 255 на иностранных языках).

ОБЪЕКТЫ, МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Характеристика базы исследования

Исследование проводилось в течение 2006-2018 гг. на базе 32 медицинских организаций различных форм собственности, имеющих действующие лицензии на медицинскую деятельность, участвующих в проекте АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» «Геронтологическая профилактика».

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

- 1) государственные амбулаторные медицинские организации общего профиля (поликлиники);
- 2) частные медицинские организации (многопрофильные медицинские центры).

2.1. Терминологический аппарат, использованный в исследовании

В настоящей диссертации мы использовали следующую терминологию.

Государственные медицинские организации – медицинские организации, которые на момент исследования находились в государственной или муниципальной форме собственности. В рамках настоящего исследования мы не разделяли эти понятия, т.к. несмотря на то, что Конституцией Российской Федерации (ч. 2 ст. 8) и ГК РФ (п. 1 ст. 212) эти формы собственности выделяются отдельно, с точки зрения права собственности и права хозяйственного ведения они на сегодняшний день являются идентичными и упоминаются в связке-параллели (цит. «государственная (муниципальная) собственность») (п. 3 ст. 213, п. 2 ст. 299 Гражданского кодекса Российской Федерации).

Частные медицинские организации – организации, находившиеся на момент проведения исследования в частной собственности (ч. 2 ст. 8 Конституции Российской Федерации, п. 1 ст. 212 Гражданского кодекса Российской Федерации).

2.2. Этапы исследования

Исследование предполагало несколько этапов.

На **первом этапе** был проведен сравнительный гериатрический анализ состояния здоровья мужчин и женщин. Исследуемая выборка составила 1037 мужчин, средний возраст $58,5 \pm 1,2$ лет, 1078 женщин, средний возраст $59,2 \pm 1,3$ года, имеющих хронические заболевания на стадии компенсации.

В основе сравнительного гериатрического анализа состояния здоровья мужчин и женщин лежало изучение распространенности функциональных дефицитов, связанных с гериатрическими синдромами в различных возрастных группах.

Статистически нами были обработаны возрастные пятилетние исследуемые периоды, сопоставлены возрастной период в начале зрелого возраста с возрастным периодом в начале пожилого возраста, возрастной

период в конце зрелого возраста с возрастным периодом в конце пожилого возраста, также определена значимость различий двух совокупностей между мужчинами и женщинами.

Дефицитные состояния пациентов, обуславливающие ограничение жизнедеятельности, оценивались по оригинальной программе для ЭВМ «Специализированный гериатрический осмотр» (свидетельство о государственной регистрации № 2015613438), такие как когнитивная недостаточность, синдром гипомобильности, синдром падений и нутритивный дефицит.

Депрессивный синдром выявлялся по шкале депрессии Бека (Beck Depression Inventory), которая предложена А. Т. Беком и его коллегами в 1961 году и разработана на основе клинических наблюдений авторов, позволивших выявить ограниченный набор наиболее релевантных и значимых симптомов депрессии и наиболее часто предъявляемых пациентами жалоб.

Нарушения сна оценивались по шкале Sleep Quality Scale (SQS) (Shahid A., Wilkinson K., Marcu S., Shapiro C.M. (2011) Sleep Quality Scale (SQS). In: Shahid A., Wilkinson K., Marcu S., Shapiro C. (eds) STOP, That and One Hundred Other Sleep Scales. Springer, New York, NY), которая включает такие позиции, как: беспокойство, страх при отходе ко сну; невозможность заснуть более 30 минут; поверхностный сон с множеством сновидений; поверхностный сон с ночными пробуждениями; ночные пробуждения с жалобами на головную боль; трудность засыпания после пробуждения; ночные кошмары; снохождение; сноговорение; ритмические движения по время сна; скрежет зубами во сне; ночное потение; раннее окончательное пробуждение; чувство невыспанности, усталости при пробуждении после ночного сна, отсутствие ночного сна, дневной сон, дневная сонливость. Каждая позиция оценивается от 0 до 3х баллов. Суммарно наличие инсомнии определяется при оценке по одному из параметров в 3 балла либо при общем количестве баллов 9 и более. Чем меньше баллов, тем более качественная оценка сна.

При выявлении степени нарушения питания был применен опросник Mini nutritional assessment (MNA), состоящий из двух частей. Первая часть позволила получить информацию о физикальных данных, изменяющихся при синдроме мальнутриции или ему сопутствующим заболеваниям: чувство аппетита на протяжении последних трех месяцев; снижение массы тела на протяжении месяца, предшествующего опросу, состояние мобильности, наличие психологических стрессов на протяжении последних трех месяцев, наличие нейропсихических проблем (деменции), индекс массы тела (ИМТ).

Сила мышц была определена при помощи кистевого динамометра, ориентировочная масса мышц была рассчитана по формуле: масса мышц = окружность плеча в области трицепса (см) – 3,14 X толщина кожно-мышечной складки над трицепсом (см). На основании полученных результатов оценивалось наличие синдрома динапении либо саркопении.

Второй этап был посвящен проведению сравнительного анализа деятельности государственных и частных медицинских организаций с точки зрения возможности эффективной реализации профилактических гендер-

ориентированных программ для людей зрелого возраста и проведению медико-социальной характеристики существующих профилактических программ. Нами было проведено изучение обращаемости в государственные и частные медицинские организации. Целью данного этапа было провести сравнительный анализ реализации медицинских, в т.ч. профилактических технологий в государственных и частных медицинских организациях.

В рамках данного этапа была изучена обращаемость в государственные медицинские организации, обращаемость в частные медицинские организации, а также проведено изучение темпов увеличения обращаемости за период 2013-2018 гг. При этом была проанализирована совокупность обращений взрослого населения в 22 медицинских организации (7 гос. поликлиник, 6 частных медицинских многопрофильных центров, 9 клиник эстетической медицины) путем анализа учетно-отчетной документации медицинских организаций. Также в рамках данного этапа был проведен опрос 282 респондентов о состоянии и развитии профилактической помощи.

Изучали объем и своевременность обследования пациентов, объемы выполнения лечебно-оздоровительных мероприятий в рамках реализации программ первичной и вторичной профилактики при должных нормативных документах, а при их отсутствии – с помощью метода экспертных оценок путем сопоставления мнения экспертов. Предварительно оценивался минимальный объем выборки (для пациентов).

Объем необходимой выборки определялся по формуле:

$n = pqt^2N / \Delta^2N + pqt^2$ с известным числом наблюдений в генеральной совокупности (600 чел.), где n – число наблюдений в выборке, t – доверительный коэффициент (минимальное значение $t=1,96$), Δ – предельная ошибка выборки при доверительном уровне вероятности $p=0,95$, (минимальное значение составляло 5%), p – частота появления признака в совокупности (принимался за 50%), q – показатель альтернативности (принимался за 50%), N – число наблюдений в генеральной совокупности.

В рамках данного этапа проведен сравнительный медико-социальный анализ существующих профилактических программ. При этом дан анализ существующих программ популяционной профилактики, выделены дефицитные состояния, обуславливающие ограничение жизнедеятельности, не охваченные профилактическими программами, обоснована необходимость разработки и внедрения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий. 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 дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности.

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.

Третий этап представлял собой разработку модели организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Были разработаны подходы к созданию гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий. При этом были определены дефицитные состояния, в отношении которых разработка персонифицированных профилактических программ целесообразна, определены компоненты гендер-ориентированных профилактических программ, достоверно определяющие их эффективность, разработана базисная структура программ. На данном этапе применены такие методы как непосредственное динамическое клиническое наблюдение за медицинскими технологиями, метод экспертных оценок.

Апробация модели организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий была осуществлена с помощью организационного эксперимента, проведения медико-организационный мониторинг, использовался метод экспертных оценок. При этом образовательная часть медико-организационного эксперимента была проведена на базе Частного образовательного учреждения ООО «Клиника медицинских инноваций «Мединнова» (лицензия ЛО-77-01-009893). В качестве партнера для реализации программ обучения врачей выступила кафедра терапии, гериатрии и антивозрастной медицины Академии постдипломного образования Федерального государственного бюджетного учреждения «Федеральный научно-клинический центр специализированных видов медицинской помощи и медицинских технологий Федерального медико-биологического агентства» (Лицензия на осуществление образовательной деятельности от 14 декабря 2018 года № 2793 (Серия 90Л01 № 0009896)), ректор – профессор Троицкий А.В., заведующий кафедрой терапии, гериатрии и антивозрастной медицины – д.м.н., профессор Ильницкий А.Н.

Образовательный ценз педагогических работников полностью соответствовал установленным законодательством Российской Федерации нормам. Материально-техническое обеспечение образовательной деятельности полностью соответствовало установленным в соответствии с законодательством РФ требованиям. Лекционные, семинарские и практические занятия для слушателей групп повышения квалификации проводятся в оборудованных аудиовизуальными средствами обучения, компьютеризированных классах с широкополосным доступом в сеть Интернет. Образовательный процесс повышения квалификации был полностью обеспечен учебной, учебно-методической литературой, библиотечно-информационными ресурсами и средствами обеспечения в соответствии с установленными законодательством РФ требованиями.

В ходе данного этапа была оценена эффективность модели организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий по уровню скрининга дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, и по оценке качества жизни с помощью опросника SF-36. Исследуемая выборка составила 119 мужчин, средний возраст $57,4 \pm 1,2$ лет, 126 женщин, средний возраст $58,1 \pm 1,2$ года, имеющих хронические заболевания на стадии компенсации. С помощью опросника SF-36 оценены физический компонент здоровья (Physical health — PH), составляющие шкалы: физическое функционирование; ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием; интенсивность боли; общее состояние здоровья, и психологический компонент здоровья (Mental Health — MH), составляющие шкалы: психическое здоровье; ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием; социальное функционирование; жизненная активность. С помощью специального калькулятора высчитывается балл ($M \pm m$) по каждому компоненту шкалы. Показатели тревожно-депрессивного синдрома, степени мотивации к модификации образа жизни, степени мотивации к постоянному применению базисной терапии и степени удовлетворенности состоянием здоровья были оценены с помощью 10-бальной визуально-аналоговой шкалы.

Статистическая обработка данных и компьютерное обеспечение исследования

При статистическом анализе материала выполняли расчет интенсивных и экстенсивных показателей средних величин. Для оценки значимости различий двух совокупностей мы применяли критерий t-Стьюдента. Для определения характера распределения нами был использован метод χ^2 . Цель расчетов заключалась в том, чтобы доказать возможность наличия или отсутствия достоверных различий между сравниваемыми данными. Измерение силы влияния различных факторов на вариабельность явлений, признаков посредством дисперсионного анализа. Факторный анализ применен нами для оценки влияния параметров профилактических и реабилитационных программ, исходного состояния больного на эффективность проводимых мероприятий. На этой основе выявлены причины эффективной и неэффективной медицинской реабилитации и профилактики. Применяли факторный анализ с определением факторной нагрузки, проводили многомерный биометрический анализ по методу G. Apton (1982). Материалы, содержащиеся в формализованных программах исследования, были внесены в электронные таблицы «Excel», математико-статистическая обработка данных выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 11.0 Разность показателей считали достоверной при $p < 0,05$.

ОСНОВНЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

Сравнительный гериатрический анализ состояния здоровья мужчин и женщин

В основе сравнительного гериатрического анализа состояния здоровья мужчин и женщин лежало изучение распространенности функциональных

дефицитов, связанных с гериатрическими синдромами в различных возрастных группах.

Статистически нами были обработаны возрастные пятилетние исследуемые периоды, сопоставлены возрастной период в начале зрелого возраста с возрастным периодом в начале пожилого возраста, возрастной период в конце зрелого возраста с возрастным периодом в конце пожилого возраста, также определена значимость различий двух совокупностей между мужчинами и женщинами.

Так, проанализировав состояния, связанные с дефицитами функции передвижения у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста, нами были выявлены следующие закономерности (Таблица 1).

Синдром динапении у мужчин выявлялся значительно реже, чем у женщин, и с постепенным недостоверным нарастанием распространённости и достиг к 70- 74 годам $42,6 \pm 2,6$ пациентов. Однако распространённость синдрома саркопении значительно возросла у мужчин к пожилому возрасту и составила $49,2 \pm 1,6$ пациентов к 60-64 годам.

Таблица 1 – Состояния, связанные с дефицитами функции передвижения у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста (на 100 человек, $M \pm m$)

Состояние	Гендер	Возраст (лет)					
		45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Динапения	М	$26,2 \pm 1,2$	$31,1 \pm 1,8$	$32,2 \pm 2,1$	$34,1 \pm 2,2$	$36,3 \pm 2,4$	$42,6 \pm 2,6$ ###
	Ж	$24,5 \pm 1,2$	$37,5 \pm 1,8^*$	$55,1 \pm 2,2$ #,**	$59,5 \pm 1,2^{\#}$ ##	$64,1 \pm 1,2^{\#}$	$68,6 \pm 1,2^{\#}$, ###
Саркопения	М	$11,2 \pm 0,2$	$18,9 \pm 0,8$	$21,0 \pm 1,2$	$49,2 \pm 1,6^*$ **,##	$51,5 \pm 1,8$	$60,1 \pm 2,1^{\#}$, ###
	Ж	$4,1 \pm 0,2^{\#}$	$15,1 \pm 0,8^*$	$22,0 \pm 1,2$	$29,1 \pm 1,6^{\#}$ ##	$31,5 \pm 1,8^{\#}$	$40,1 \pm 2,1^{\#}$, ###
Гипомобильность	М	$34,5 \pm 1,5$	$36,6 \pm 1,5$	$41,3 \pm 1,8$	$43,4 \pm 1,8$	$67,1 \pm 3,2^{\#}$	$68,2 \pm 2,2$ ###
	Ж	$22,1 \pm 1,3$ #	$24,6 \pm 1,3^{\#}$	$31,8 \pm 1,5$ #	$46,2 \pm 1,8^*$ **,##	$49,4 \pm 2,2^{\#}$	$51,2 \pm 2,8^{\#}$, ###
Синдром падений	М	$4,2 \pm 0,2$	$5,1 \pm 0,2$	$6,7 \pm 0,2$	$19,1 \pm 1,2^*$ **, ##	$24,5 \pm 1,2$	$28,4 \pm 1,6$ ###
	Ж	$3,5 \pm 0,2$	$4,5 \pm 0,2$	$6,5 \pm 0,2$	$18,1 \pm 1,2^*$ **, ##	$22,3 \pm 1,4$	$27,1 \pm 1,8$ ###

$p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин

* $p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 50-54 года

** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 50-54 года и 55-59 лет

*** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 60-64 года

‘ $p < 0,05$ между показателями у пациентов 60-64 года и 65-69 лет

“ $p < 0,05$ между показателями у пациентов 65-69 лет и 70-74 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 60-64 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 70-74 года

Примечание: Ж – женский пол; М – мужской пол

У женщин отмечалась противоположная закономерность: синдром динапении выявлялся значительно чаще, чем у мужчин, начиная с возраста 55 лет, где составил $55,1 \pm 2,2$ пациентов, а в возрасте 70-74 лет достиг

распространённости у $68,6 \pm 1,2$ пациентов, однако следует особо отметить, что синдром саркопении у женщин выявлялся значительно реже, чем синдром динапении, у всех исследуемых возрастных групп и достиг распространённости $40,1 \pm 2,1$ пациентов к 70-74 годам.

Следовательно, у мужчин отмечалось резкое достоверное увеличение распространённости саркопении с 60 лет, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин, которое позволяет сделать вывод о необходимости проведения диагностических и лечебно-профилактических программ у мужчин по превенции развития саркопении в зрелом возрасте, чтобы снизить распространённость этого состояния в старшем возрасте, а у женщин имеется необходимость в проведении диагностических и лечебно-профилактических программ по выявлению синдрома динапении в возрасте от 45 лет, так как в конце зрелого возраста, начиная с 55 лет, резко возрастает распространённость данного состояния.

И, соответственно, можно также сделать вывод, что синдром динапении медленнее переходит в синдром саркопении у женщин с возрастом, чем у мужчин, что подтверждает необходимость организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Распространённость синдрома гипомобильности у мужчин резко возрасла после 65 лет, что составило $67,1 \pm 3,2$ пациентов и отмечалась с этого возраста достоверно чаще, чем у женщин, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин. У женщин распространённость синдрома гипомобильности медленно недостоверно нарастала с каждым пятилетием и достигла $51,2 \pm 2,8$ пациентов к 70-74 годам, что значительно достоверно ниже, чем у мужчин ($68,2 \pm 2,2$ пациентов к 70-74 годам), $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин. Данный факт подтверждает, что необходимость организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий по поводу синдрома гипомобильности.

Распространённость синдрома падений увеличивалась недостоверно с каждым пятилетием, как у мужчин, так и у женщин, достоверные различия были достигнуты только между показателями у пациентов зрелого и пожилого возраста, как в начале исследуемого возрастного периода, так и в конце, что соответствует общегериатрическим закономерностям.

Далее нами были проанализированы состояния, связанные с дефицитами в психоневрологической сфере у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста (Таблица 2).

Распространённость депрессивного синдрома у мужчин достоверно увеличилась с 65 лет, что достигло $44,5 \pm 1,6$ пациентов, и достоверно ниже, чем у женщин, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин. Особо следует отметить, что у мужчин депрессивный синдром имел значимую распространённость значительно позже по возрастным рамкам, чем у женщин, что, вероятно, объясняется более поздним наступлением возрастного адрогенного дефицита, чем аналогичным состоянием у женщин в виде климактерического синдрома, так, у женщин, достоверное увеличение распространённости депрессивного синдрома у женщин было выявлено в

возрасте от 55 лет, что составило $47,1 \pm 1,8$ пациентов, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин, $p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 60-64 года. Полученные данные свидетельствуют о необходимости организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий по поводу депрессивного синдрома.

Распространённость когнитивных расстройств додементного уровня у мужчин выявлялась раньше по возрастным рамкам, чем у женщин и достоверных различий достигла в возрасте 55-59 лет, что составило $44,1 \pm 2,5$ пациентов и увеличилось до $62,7 \pm 3,1$ пациентов в 70-74 лет, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин, $p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 70-74 года. У женщин распространённость когнитивных расстройств додементного уровня увеличивалась постепенно, значительное распространение было выявлено позже, чем у мужчин, а именно, в возрасте 65-69 лет и достигло $41,6 \pm 2,2$ пациентов, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин. Следует отметить, что у мужчин распространённость когнитивных расстройств выше, чем у женщин, что доказывает необходимость организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий по поводу когнитивных нарушений.

Таблица 2 – Состояния, связанные с дефицитами в психоневрологической сфере у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста (на 100 человек, $M \pm m$)

Состояние	Гендер	Возраст (лет)					
		45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Депрессивный синдром	М	$19,3 \pm 1,1$	$21,3 \pm 1,2$	$24,5 \pm 1,2$	$28,8 \pm 1,2$	$44,5 \pm 1,6$	$48,3 \pm 1,8$ ##
	Ж	$23,3 \pm 1,0$	$31,5 \pm 1,5$ #	$47,1 \pm 1,8$ **	$48,3 \pm 2,0$ ##	$56,1 \pm 2,1$ #	$57,2 \pm 2,1$ ##
Когнитивные расстройства додементного уровня	М	$17,4 \pm 1,2$	$26,7 \pm 1,7$ *	$44,1 \pm 2,5$ **	$51,4 \pm 2,9$ #	$54,5 \pm 3,0$	$62,7 \pm 3,1$ ##
	Ж	$14,1 \pm 1,2$	$21,3 \pm 1,2$	$28,1 \pm 1,6$ #	$35,7 \pm 1,8$ ##	$41,6 \pm 2,2$ #	$49,8 \pm 2,6$ ###
Когнитивные расстройства дементного уровня	М	$1,6 \pm 0,2$	$9,2 \pm 0,2$ *	$23,1 \pm 0,2$ **	$33,2 \pm 1,8$ ** ##	$39,1 \pm 2,0$	$42,3 \pm 2,2$ ##
	Ж	$1,0 \pm 0,09$	$5,5 \pm 0,2$	$19,1 \pm 1,6$ *	$27,6 \pm 1,7$ #	$29,1 \pm 1,8$ #	$31,8 \pm 2,0$ ###
Нарушения сна	М	$19,1 \pm 1,2$	$18,3 \pm 1,2$	$22,1 \pm 1,7$	$28,5 \pm 1,2$	$29,5 \pm 1,2$	$29,4 \pm 1,2$
	Ж	$24,5 \pm 1,2$	$24,5 \pm 1,2$	$24,5 \pm 1,2$	$24,5 \pm 1,2$	$24,5 \pm 1,2$	$24,5 \pm 1,2$

$p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин

* $p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 50-54 года

** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 50-54 года и 55-59 лет

*** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 60-64 года

‘ $p < 0,05$ между показателями у пациентов 60-64 года и 65-69 лет

“ $p < 0,05$ между показателями у пациентов 65-69 лет и 70-74 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 60-64 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 70-74 года

Примечание: Ж – женский; М – мужской

Распространённость когнитивных расстройств дементного уровня имела такую же закономерность, как и додементного уровня. У мужчин распространённость когнитивных расстройств дементного уровня также выше, чем у женщин, и достигала $42,3 \pm 2,2$ пациентов и $31,8 \pm 2,0$ пациентов, соответственно, к 70-74 годам, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин, что также доказывает необходимость организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий по поводу когнитивных нарушений.

Распространённость нарушений сна не имела достоверных различий среди пациентов зрелого и пожилого возраста, как у мужчин, так и у женщин.

Нами были оценены состояния, связанные с нутритивными дефицитами у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста (Таблица 3).

Таблица 3 – Состояния, связанные с нутритивными дефицитами у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста (на 100 человек, $M \pm m$)

Состояние	Гендер	Возраст (лет)					
		45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Риск развития мальнуртриции	М	$13,2 \pm 1,2$	$14,4 \pm 1,6$	$16,2 \pm 1,7$	$24,2 \pm 2,0\#$	$26,2 \pm 2,2$	$28,4 \pm 2,8\###$
	Ж	$33,5 \pm 1,2\#$	$39,1 \pm 1,2\#$	$44,2 \pm 1,8\#$	$49,4 \pm 1,9\#\#$	$51,5 \pm 2,1\#$	$51,8 \pm 2,1\#\#\#$
Синдром мальнуртриции	М	$12,1 \pm 1,1$	$15,1 \pm 1,1$	$19,2 \pm 1,7$	$23,1 \pm 1,9\#$	$28,4 \pm 2,0$	$32,5 \pm 2,1\###$
	Ж	$13,5 \pm 1,2$	$19,1 \pm 1,2$	$34,2 \pm 1,8\#$	$39,3 \pm 1,8\#\#$	$41,2 \pm 1,9\#$	$65,4 \pm 2,9\#\#\#$

$p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин

* $p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 50-54 года

** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 50-54 года и 55-59 лет

*** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 60-64 года

‘ $p < 0,05$ между показателями у пациентов 60-64 года и 65-69 лет

“ $p < 0,05$ между показателями у пациентов 65-69 лет и 70-74 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 60-64 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 70-74 года

Распространённость риска развития синдрома мальнуртриции была значительно достоверно ниже у мужчин, чем у женщин, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин, уже с 45 лет, такой нутритивный дефицит связан с приверженностью женщин к рестриктивным диетам с 45 и ранее лет, а у мужчин невысокий риск развития синдром мальнуртриции связан с высокой частотой развития саркопенического ожирения ($r = +0,857$, $p < 0,05$). Так, у женщин отмечалось увеличение распространённости риска развития синдрома мальнуртриции с каждым пятилетием, и достигло $51,8 \pm 2,1$ пациентов к 70-74 годам.

Такая же закономерность отмечалась и при оценке синдрома мальнуртриции. Распространённость развития синдрома мальнуртриции была значительно достоверно ниже у мужчин, чем у женщин, начиная с 55 лет, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин. Так, у женщин отмечалось

увеличение распространённости развития синдрома мальнутриции также с каждым пятилетием и достигло $65,4 \pm 2,9$ пациентов к 70-74 годам.

Эти данные свидетельствуют о необходимости организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий по поводу когнитивных нарушений.

Также нами были проанализированы сенсорные дефициты у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста (Таблица 4).

Таблица 4 – Сенсорные дефициты у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста (на 100 человек, $M \pm m$)

Состояние	Гендер	Возраст (лет)					
		45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Нарушения зрения	М	$14,5 \pm 0,2$	$19,5 \pm 0,2$	$31,5 \pm 0,3$	$54,5 \pm 1,8\#$	$68,5 \pm 1,3'$	$71,4 \pm 2,5$ ###,"
	Ж	$13,9 \pm 0,2$	$18,8 \pm 0,2$	$32,4 \pm 0,3$	$54,8 \pm 1,8$ ##	$67,3 \pm 1,3'$	$74,6 \pm 2,5$ ###,"
Нарушения слуха	М	$4,5 \pm 0,2$	$9,2 \pm 0,2$	$9,9 \pm 0,2$	$14,9 \pm 0,8$ ##	$28,4 \pm 1,3'$	$44,9 \pm 1,5$ ###,"
	Ж	$3,8 \pm 0,2$	$8,9 \pm 0,2$	$11,3 \pm 0,3$	$14,7 \pm 0,8$ ##	$29,6 \pm 1,3'$	$45,9 \pm 1,5$ ###,"

$p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин

* $p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 50-54 года

** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 50-54 года и 55-59 лет

*** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 60-64 года

' $p < 0,05$ между показателями у пациентов 60-64 года и 65-69 лет

“ $p < 0,05$ между показателями у пациентов 65-69 лет и 70-74 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 60-64 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 70-74 года

Распространённость сенсорных дефицитов среди мужчин и женщин была схожа и не имела достоверных отличий. Так, как у мужчин, так и у женщин достоверное увеличение распространённости нарушений зрения и слуха происходило в пожилом возрасте и достигло максимальных достоверных значений к 70-74 годам, что составило нарушения зрения – $71,4 \pm 2,5$ мужчин и $74,6 \pm 2,5$ женщин, нарушения слуха – $44,9 \pm 1,5$ мужчин и $45,9 \pm 1,5$ женщин, $p < 0,05$ между показателями у пациентов 65-69 лет и 70-74 года, $p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 70-74 года.

Нами были также оценены социальные дефициты у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста (Таблица 5).

Распространённость синдрома одиночества достоверно ниже у мужчин, чем у женщин, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин, и не превышает $19,4 \pm 1,2$ пациентов. У женщин достоверное нарастание распространённости синдрома одиночества начинается после 60 лет, увеличиваясь с каждым пятилетием, что связано с ранней (на 10 лет раньше женского пола) смертностью мужского пола ($r = +0,957$, $p < 0,05$).

Таблица 5 – Социальные дефициты у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста (на 100 человек, $M \pm m$)

Состояние	Гендер	Возраст (лет)					
		45-49	50-54	55-59	60-64	65-69	70-74
Синдром одиночества	М	4,5±0,2	8,3±0,2	9,1±0,2	13,1±0,8#	14,2±0,9	19,4±1,2# ##
	Ж	6,0±0,2	12,1±0,4 *	15,4±0,7	28,1±1,2# ##	39,6±1,4# ,	49,8±1,8 #,,##, “
Синдром возрастной дискриминированности	М	4,1±0,2	5,5±0,2	8,8±0,9	10,3±0,9#	15,6±1,2	18,9±1,2# ##
	Ж	3,9±0,2	6,3±0,2	8,7±0,9	9,7±0,9 ##	14,3±1,2	22,1±1,2 ###

$p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин

* $p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 50-54 года

** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 50-54 года и 55-59 лет

*** $p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 60-64 года

‘ $p < 0,05$ между показателями у пациентов 60-64 года и 65-69 лет

“ $p < 0,05$ между показателями у пациентов 65-69 лет и 70-74 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 45-49 лет и 60-64 года

$p < 0,05$ между показателями у пациентов 55-59 лет и 70-74 года

Распространённость синдрома возрастной дискриминированности среди мужчин и женщин была схожа и не имела достоверных отличий.

Анализ социальных дефицитов у мужчин и женщин зрелого и пожилого возраста также показал необходимость организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий по поводу когнитивных нарушений.

Анализ проблем, сопряженных с развитием дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности

Были выделены дефицитные состояния, обуславливающие ограничение жизнедеятельности, 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.

Рейтинг позиций у мужчин был следующим: ведущие позиции заняли дина- и саркопения ($p=0,0005$), когнитивная недостаточность ($p=0,0003$), синдром гипомобильности ($p=0,0076$), нутритивные нарушения ($p=0,0218$), гормональные изменения (возрастной андрогенный дефицит у мужчин, $p=0,0148$), депрессивный синдром ($p=0,0418$), синдром одиночества ($p=0,0315$ $p=0,0346$).

Рейтинг позиций у женщин был следующим: ведущие позиции заняли нутритивные нарушения ($p=0,0204$), когнитивная недостаточность ($p=0,0007$ у женщин), гормональные изменения (климактерический синдром у женщин, $p=0,0096$) синдром одиночества ($p=0,0346$), депрессивный синдром ($p=0,0415$), дина- и саркопения ($p=0,0012$), синдром гипомобильности ($p=0,0082$).

Проведение рейтинг шкалирования позволило определить направленность организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Также нами проведена оценка среднего возраста появления первых признаков изучаемых дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, средний возраст пациентов, у которых эти состояния регистрируются в реальной практике при существующей системе оказания помощи, средний возраст пациентов, состоящих на диспансерном учете с признаками данных состояний (Рисунок 1).

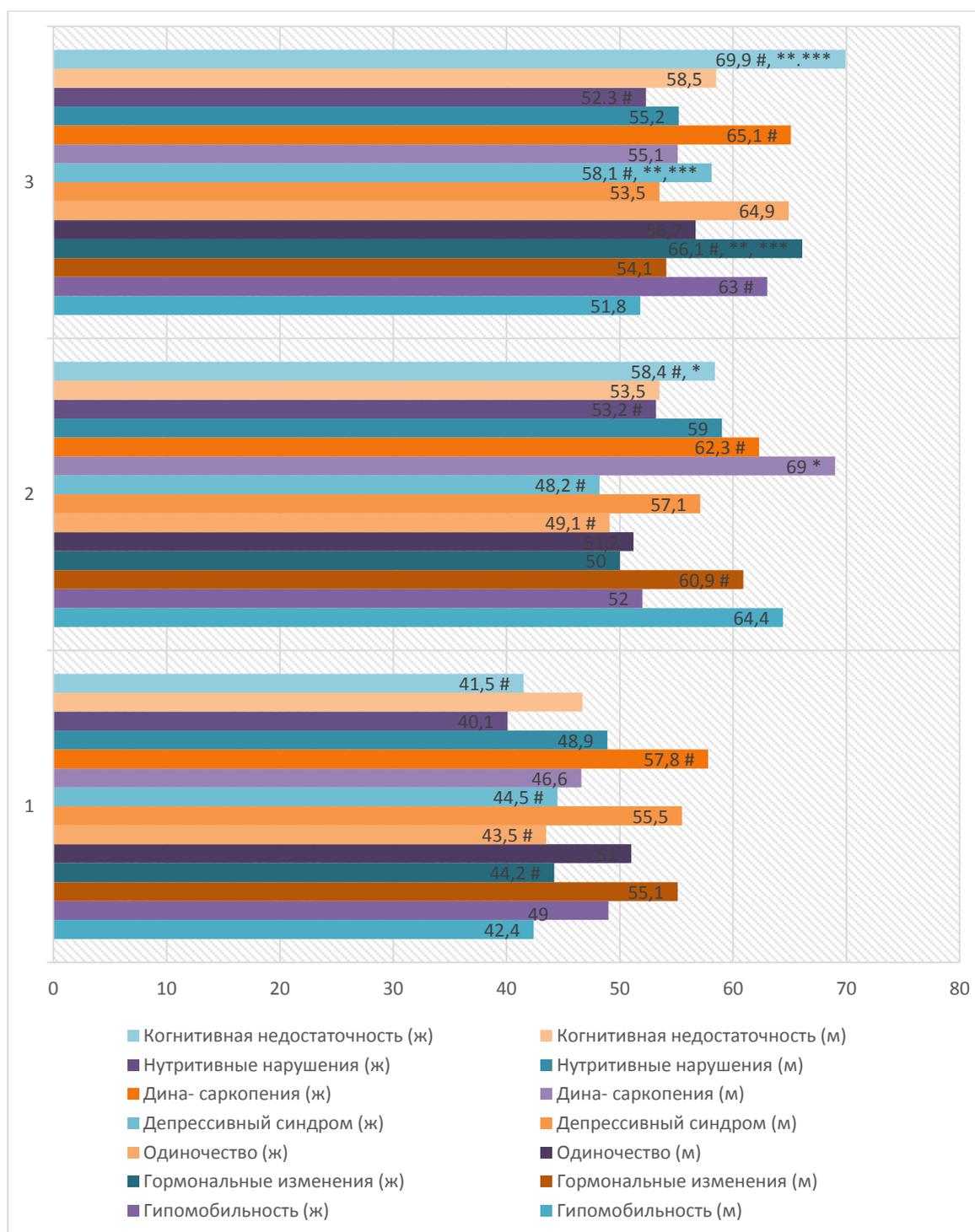
Как показано на рисунке 1, у мужчин когнитивная недостаточность появляется достоверно на $3,6 \pm 0,02$ лет раньше, чем у женщин, синдромы динапении и саркопении на $4,6 \pm 0,03$ лет раньше, чем у женщин, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин. У женщин, в свою очередь, появляются раньше на $5,6 \pm 0,04$ лет гормональные изменения, депрессивные расстройства, синдром одиночества, чем у мужчин, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин. Появления такого комплекса синдромов связано с гормональными перестройками в виде климактерического синдрома и смертностью мужского пола в более раннем возрасте, чем женского пола ($r = +0,874$, $p < 0,05$).

Следовательно, по полученным данным, оказалось, что в реальной практике в отношении большинства описанных выше дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, 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 как у мужчин, так и женщин. Так, для когнитивной недостаточности этот разрыв составил у мужчин $15,2 \pm 0,8$ года и $12,2 \pm 1,2$ года у женщин, для дина- и саркопении – $17,7 \pm 2,3$ и $16,5 \pm 2,8$ года соответственно, для нутритивных нарушений – $8,2 \pm 2,6$ и $5,4 \pm 1,4$ года соответственно ($p > 0,05$ между мужчинами и женщинами).

В среднем, по всем изучаемым дефицитным состояниям было отмечено, что регистрация признаков данных состояний в реальной практике у мужчин на $8,4 \pm 0,07$ года достоверное позже возникновения первых признаков данных состояний, а у женщин – на $5,6 \pm 0,04$ лет, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин. Выявленный факт подчеркивает необходимость организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Вместе с тем, имелись гендерные отличия в отношении синдрома гормональных изменений.

Если у женщин не было достоверного различия разрыв между средним возрастом людей, когда появляются признаки данных состояний и возрастом, когда эти состояния впервые регистрируются в реальной медицинской практике составили $0,4 \pm 0,002$ года, то у мужчин этот разрыв составил $14,2 \pm 2,1$ года ($p < 0,05$), что подтверждает необходимость организации и проведения профилактических гериатрических мероприятий у мужчин.



(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

$p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин

* $p < 0,05$ (2) vs (1)

** $p < 0,05$ (3) vs (2)

*** $p < 0,05$ (3) vs (1)

Рисунок 1 – Возрастная гендерная дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности.

У женщин в 98,2±2,1% случаев в медицинской документации описывается течение климактерического синдрома, исследование гормонального фона осуществляется у 7,3±0,1% пациенток, менопаузальная гормональная терапия (МГТ) назначается в 22,4±1,1% случаев (Таблица 6).

Таблица 6 – Сравнительная характеристика диагностики возраст-ассоциированных гормональных проблем (на 100 человек, М±m)

Медико-социальный синдром	Женский пол	Мужской пол
Регистрация и описание в медицинской документации течения КС либо ВАД	98,2±2,1	1,1±0,01#
Исследование гормонального фона	7,3±0,1	0,8±0,01#
Назначена менопаузальная гормональная терапия	22,4±1,1	0,2±0,01#

p<0,05 между показателями у мужчин и женщин

Экспертная оценка показала, что у женщин высокая степень выявления гормональных изменений, однако уровень лабораторного подтверждения недостаточный, охват менопаузальной гормональной терапией (МГТ) также недостаточный, особое внимание стоит уделить тому, что МГТ назначалась в большинстве случаев без лабораторного контроля ($\chi^2=0,879$, $p<0,05$).

У мужчин в медицинской документации течение возрастного андрогенного дефицита описывается в 1,1±0,01% случаев, в 0,8±0,01% случаев проводится исследование гормонального фона, МГТ назначается в 0,2±0,01% случаев (Таблица 6). Экспертная оценка показала, что у мужчин низкая степень выявления гормональных изменений, уровень лабораторного подтверждения недостаточный, охват МГТ также недостаточный ($\chi^2=0,988$, $p<0,05$).

Приведенные данные актуализируют необходимость организации и проведения профилактических гериатрических мероприятий в отношении гормональных изменений как у мужчин, так и у женщин.

Что касается диспансерного учета, то анализ данных показал, что большая продолжительность жизни у женщин, чем у мужчин, приводит к более высокому среднему возрасту женщин, состоящих на учете, который составил 68,5±1,4 лет, в то время как у мужчин он составил 59,8 ±1,4 лет, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин (Рисунок 1).

Формирование ведущих дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, начинается в среднем на 11,5-17,8 лет раньше, чем они регистрируются в реальной медицинской практике, что является резервом повышения эффективности профилактической помощи путем смещения персонифицированных профилактических мероприятий на население, находящееся в зрелом возрасте. Таким образом, проведенный анализ показал необходимость организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий для своевременного выявления первых признаков дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, и повышения приверженности к профилактическим гериатрическим мероприятиям в первую очередь со стороны мужского пола.

Такое распределение дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, 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 (Таблица 7).

Таблица 7 – Взаимосвязь основных дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности

Основные дефицитные состояния, обуславливающие ограничение жизнедеятельности	Связь дефицитов, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, с основными состояниями, которые могут быть причинами их возникновения	Связь состояния с риском смертности и уменьшения продолжительности жизни
Когнитивная недостаточность	Артериальная гипертензия	Есть, $p < 0,001$
	Сахарный диабет	Есть, $p < 0,01$
	Атеросклероз	Есть, $p < 0,02$
	Возрастной андрогенный дефицит	Есть, $p < 0,05$
Динапения и саркопения	Возрастная дистрофия мышечной ткани	Есть, $p < 0,05$
	Остеоартроз	Нет, $p > 0,05$
	Возрастной андрогенный дефицит	Есть, $p < 0,05$
	Гипотиреоз	Нет, $p > 0,05$
Гипомобильность	Остеоартрит	Нет, $p > 0,05$
	Гипотиреоз	Нет, $p > 0,05$
	Хроническая сердечная недостаточность	Есть, $p < 0,03$
	Хроническая венозная недостаточность	Есть, $p < 0,05$
	Саркопения	Есть, $p < 0,05$
Нутритивный дефицит	Рестриктивные диеты	Есть, $p < 0,05$
	Хирургические патологии	Нет, $p > 0,05$
	Синдром мальабсорбции	Есть, $p < 0,05$
	Сахарный диабет	Есть, $p < 0,01$
Гормональные изменения у мужчин	Возрастной андрогенный дефицит у мужчин, ассоциированный с соматической сердечно-сосудистой и метаболической патологией	Есть, $p < 0,05$
	Андропауза без ассоциации с соматическими расстройствами	Нет, $p > 0,05$
Гормональные изменения у женщин	Физиологическая менопауза	Нет, $p > 0,05$
	Патологическая менопауза с осложненным остеопорозом	Есть, $p < 0,05$
Синдром одиночества	Климактерический синдром у женщин и возрастной андрогенный дефицит у мужчин	Есть, $p < 0,05$
	Психо-эмоциональными перегрузками из-за потери супруга либо родственников	Нет, $p > 0,05$
Депрессивный синдром	Климактерический синдром у женщин и возрастной андрогенный дефицит у мужчин	Есть, $p < 0,05$
	Психо-эмоциональными перегрузками из-за потери супруга либо родственников	Нет, $p > 0,05$
	Выход на пенсию	Нет, $p > 0,05$

Когнитивный дефицит был наиболее часто ассоциирован с наличием артериальной гипертензии, сахарного диабета, атеросклероза и возрастного андрогенного дефицита ($r=+0,89$, $p<0,05$). При этом артериальная гипертензия, сахарный диабет и атеросклероз имели непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни ($r=+0,86$, $p<0,05$).

Динапения и саркопения были достоверно ассоциированы с наличием возрастной дистрофии мышечной ткани, остеоартрозом, возрастным андрогенным дефицитом ($r=+0,92$, $p<0,05$). При этом возрастной андрогенный дефицит имел непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни ($r=+0,88$, $p<0,05$).

Синдром гипомобильности был наиболее часто ассоциирован с наличием остеоартроза, гипотиреоза, хронической сердечной недостаточности, хронической венозной недостаточности, саркопенией ($r=+0,79$, $p<0,05$). При этом саркопения имела непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни ($r = +0,87$, $p<0,05$).

Синдром нутритивного дефицита был достоверно ассоциирован с рестриктивными диетами, хирургическими патологиями, синдромом мальабсорбции и сахарным диабетом. При этом сахарный диабет имел непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни ($r=+0,89$, $p<0,05$).

Синдром гормональных изменений был наиболее часто ассоциирован с наличием возрастного андрогенного дефицита либо адропазы у мужчин, наличием физиологической либо патологической менопаузы у женщин ($r=+0,82$, $p<0,05$). При этом возрастной андрогенный дефицит и патологический климактерический синдром имели непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни ($r=+0,88$, $p<0,05$).

Синдром одиночества и депрессивный синдром были наиболее часто ассоциированы с изменениями гормонального фона и психо-эмоциональными перегрузками из-за потери супруга либо родственников ($r=+0,86$, $p<0,05$). При этом гормональные перестройки имели непосредственную связь с повышенным риском смертности и уменьшением продолжительности жизни ($r=+0,92$, $p<0,05$).

Было выявлено, что наиболее часто встречающимся достоверными сочетаниями основных дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, являются следующие: «когнитивный дефицит – гипомобильность», «гипомобильность – саркопения», «возрастной андрогенный дефицит – гипомобильность», «возрастной андрогенный дефицит – динапения либо саркопения», «когнитивная недостаточность – нутритивный дефицит», «климактерический синдром – нутритивная недостаточность», «климактерический синдром – депрессивный синдром» (Таблица 8).

Таблица 8 – Рейтинг-шкала сочетаний основных дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности

Позиция	Пара медико-социальных синдромов	p
1	«когнитивная недостаточность – гипомобильность»	0,0003
2	«гипомобильность – саркопения»	0,0005
3	«возрастной андрогенный дефицит – гипомобильность»	0,0003
4	«возрастной андрогенный дефицит – динапения либо саркопения»	0,0005
5	«климактерический синдром – динапения либо саркопения»	0,0005
6	«когнитивная недостаточность – нутритивный дефицит»	0,0005
7	«климактерический синдром – нутритивная недостаточность»	0,0003
8	«климактерический синдром – депрессивный синдром»	0,0005

Что касается актуальности разработки профилактических программ для людей зрелого возраста в части инфекций, передающихся половым путем, следует отметить, что выявлены гендерные и возрастные отличия. Рассмотрим ситуацию на примере урогенитального трихомоноза (УГТ). Количество случаев заболевания трихомонозом в стране уменьшилось на 44,1%, показатель заболеваемости при этом уменьшился в 1,8 раза за последние пять лет.

За весь исследуемый период удельный вес мужчин, больных урогенитальным трихомонозом (УГТ), был ниже, чем у женщин за пятилетний период. В Москве доля случаев заболеваний УГТ уменьшилась на 55,1±1,1%, показатель заболеваемости при этом снизился в 2,5 раза за пятилетний период. За весь анализируемый период отмечен перевес больных в сторону женского населения. Показатель заболеваемости трихомонозом среди женщин был выше, чем среди мужчин, в 5,5 раза за первый год исследования и в 7,8 раза за последний год исследования. В начале анализируемого периода максимальная доля больных УГТ приходилась на возрастную группу 18-29 лет (44±1,1%), в группе 40 лет и старше она составила 30,9±1,1%, 30-39 лет – 23,4±1,1%. К последнему году исследования на возраст 18-29 лет приходилось 34,6±1,1% случаев, 40 лет и старше – 36,5±1,1%, 30-39 лет – 28,1±1,1%.

Показатели заболеваемости трихомонозом в начале анализируемого периода были наиболее высокими в возрастных группах 18-29 и 40 лет и старше. К концу анализируемого периода в возрастной группе 18-29 лет прослеживалась отчетливая тенденция к снижению доли больных, в то время как в группе больных в возрасте от 30 лет и старше наблюдался ее рост. Показатели заболеваемости в динамике во всех возрастных группах имели тенденцию к снижению.

Однако в возрастных группах 30-39 лет и 40 лет и старше интенсивность снижения несколько замедлилась. В целом по стране среди больных УГТ превалировал возраст 18-29 лет, на втором месте была возрастная группа 30-39 лет. При этом с начала исследования до конца анализируемого периода доля больных в возрасте от 0 до 14 лет оставалась на прежнем уровне, от 15 до 17 лет – уменьшилась в 1,4 раза, 30-39 лет – уменьшилась в 1,2 раза, 18-29 лет – уменьшилась в 1,1 раза, 40 лет и старше – выросла в 1,1 раза. Это

актуализирует проблему скрининга ИППП, у людей зрелого возраста, как среди мужчин, так и среди женщин.

Также нами был исследован статус ВИЧ. За весь исследуемый период удельный вес мужчин, больных ВИЧ, был выше, чем у женщин за пятилетний период. В Москве доля случаев ВИЧ уменьшилась на $26,4 \pm 1,1\%$, показатель заболеваемости при этом снизился в 1,1 раз за пятилетний период. За весь анализируемый период отмечен перевес ВИЧ-инфицированных в сторону мужского населения. Показатель заболеваемости ВИЧ среди женщин был выше, чем среди мужчин, в 7,4 раза за первый год исследования и в 8,6 раз за последний год исследования. В начале анализируемого периода максимальная доля больных приходилась на возрастную группу 40 лет и старше она составила $17,6 \pm 1,1\%$. К последнему году исследования – на возраст 60 лет и старше – $21,6 \pm 1,1\%$.

Это актуализирует проблему скрининга ВИЧ инфекций у людей зрелого возраста как среди мужчин, так и среди женщин.

Медико-социальная характеристика существующих профилактических программ

Нами дана медико-социальная характеристика существующим профилактическим программам для людей зрелого возраста, определены приоритетные критерии для разработки гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Мы провели экспертный анализ профилактических программ, реализуемых в государственных медицинских организациях (таблица 9) и выделили наиболее актуальные направления для разработки гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Также мы проанализировали гендерные отличия в причинах, по которым пациенты не получали гендер-ориентированные профилактические программы по указанным проблемным позициям. Среди ведущих причин следует отметить отсутствие подозрения на наличие соматического заболевания ($82,1 \pm 2,1\%$ у мужчин и $45,2 \pm 2,1\%$ у женщин, $p < 0,05$), нежелание посещать поликлиники ($50,5 \pm 2,1\%$ у мужчин и $55,2 \pm 2,1\%$ у женщин, $p > 0,05$), нехватка времени для прохождения обследования ($42,2 \pm 2,6\%$ у мужчин и $26,1 \pm 2,1\%$ у женщин, $p > 0,05$), отсутствие желаемых гендер-ориентированных профилактических программ ($62,2 \pm 3,0\%$ мужчин и $31,2 \pm 2,1\%$ у женщин, $p < 0,05$).

При этом на вопрос о том, где пациенты заинтересованы проходить обследование и лечение по поводу выявленной соматической патологии, гендерных отличий выявлен не было, ответы распределились следующим образом: только в поликлиниках – ($17,7 \pm 1,9\%$ мужчин и $17,0 \pm 1,9\%$ женщин, только в негосударственных медицинских центрах – $22,0 \pm 2,1\%$ мужчин и $25,2 \pm 2,1\%$ женщин, готовы сочетать посещение двух видов учреждений – $53,2 \pm 2,9\%$ мужчин и $51,6 \pm 2,9\%$ женщин, не планируют заниматься коррекцией соматической патологии – $7,1 \pm 0,1\%$ мужчин и $6,2 \pm 0,1\%$ женщин).

Таблица 9 – Экспертный анализ профилактических программ, реализуемых в государственных медицинских организациях

Заболевание	Существующая модель профилактики	Экспертная оценка	Желаемая модель профилактики	Причины не использования желаемой модели
1	2	3	4	5
КС у женщин	ОКД, ЛИ	Не достаточно эффективна ($\chi^2=0,922$, $p<0,05$)	ЛИ: оценка уровня эстрогенов и прогестерона	ТДФЗ, ПНЛС
ВАД у мужчин	Отсутствует	Не эффективна ($\chi^2=0,886$, $p<0,05$)	ЛИ: оценка уровня тестостерона и его фракций	ТДФЗ, ПНЛС
АГ	Скрининг АД	Не предусматривает скрининг ранних КД ($\chi^2=0,879$, $p<0,05$)	Скрининг АД + скрининг ранних КД	ТДВЗ амбулаторного звена
СД второго типа	Скрининг содержания глюкозы в крови	Повышенное содержание глюкозы в сыворотке крови при массовых обследованиях – у 82-85% пациентов ($\chi^2=0,884$, $p<0,05$)	Скрининг содержания гликированного гемоглобина	Дороже определения уровня глюкозы в 10-12 раз, ТДЛО
Атеросклеротические изменения	Скрининг содержания ХС в сыворотке крови	Содержание ХС в сыворотке крови отражает риск развития атеросклероза у 80-84% людей ($\chi^2=0,910$, $p<0,05$)	Определение фракций ХС и расчет индекса атерогенности	Дороже определения уровня ХС в 10-15 раз, ТДВЗ, ТДЛО
Остеопороз	Денситометрия (не имеет ши-рокий охват)	Не эффективна, нет должного охвата населения ($\chi^2=0,789$, $p<0,05$)	Обеспечение широкого охвата населения	ТДФЗ, повышает нагрузку на диагностические службы
ИППП	ОКД, ЛИ	Эффективна ($\chi^2=0,986$, $p<0,05$)	-	-
ВИЧ-инфекция	ОКД, ЛИ	Не эффективна ($\chi^2=0,966$, $p<0,05$)	ЛИ: на антитела к ВИЧ-инфекции	ТДФЗ, ПНЛС

Примечание: ЛИ – лабораторные исследования; ОКД – оценка клинических данных; ПНЛС – повышает нагрузку на лабораторную службу; ТДВЗ – требует дополнительных временных затрат; ТДФЗ – требует дополнительных финансовых затрат; ТДЛО – требует дополнительного лабораторного оборудования

Результаты опроса показали, что основная масса пациентов, в большей степени мужчин, готовы получать программы гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий в учреждениях различного типа и форм собственности, 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 дефицитные состояния, которые определяют качество жизни больных и обеспечения уровня их независимости в повседневной жизни, такая ориентация носит лишь опосредованный характер.

Сравнительный анализ деятельности государственных и частных медицинских организаций с точки зрения возможности эффективной реализации профилактических гендер-ориентированных программ для людей зрелого возраста

Нами проведен сравнительный анализ деятельности государственных и частных медицинских организаций с точки зрения возможности эффективной реализации профилактических гендер-ориентированных программ для людей зрелого возраста. В таблице 10 отражена динамика обращаемости взрослого населения в медицинские организации, включенные в исследование.

Таблица 10 – Динамика количества обращений взрослого населения в медицинские организации за 5-летний период

Тип медицинской организации	Женский пол	Мужской пол	Среднее значение	Тенденция
Государственные амбулаторные медицинские организации (всего обращений)	156912±146,89	128716±139,55#	142814,4±169,69	$y = 322,3x + 154848,5;$ $R^2=0,4; p \geq 0,05$
Государственные амбулаторные медицинские организации (обращений с профилактической целью)	26012,2±88,12	17341,2±67,05#	21676,5±95,02	$y = 111,3x + 24843,1;$ $R^2=0,14; p \geq 0,05$
Удельный вес обращений с профилактической целью	17,58±0,05	10,5±0,05#	14,04±0,05	$y = 0,04x + 16,04;$ $R^2=0,06; p \geq 0,05$
Частные многопрофильные медицинские центры (всего обращений)	31289±1134,33	24012±987,54#	27650,5±1050,34	$y = 3246,3x + 18514,3;$ $R^2=0,96; p \leq 0,05$
Частные многопрофильные медицинские центры (обращения с профилактической целью)	6018,6±177,64	1062,1±166,58#	3540,3±196,54	$y = 608,8x + 3516;$ $R^2=0,96; p \leq 0,05$
Удельный вес обращений с профилактической целью	19,23±0,43	10,18±0,33#	14,71±0,27	$y = -0,09x + 19,24;$ $R^2=0,01; p \geq 0,05$

$p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин

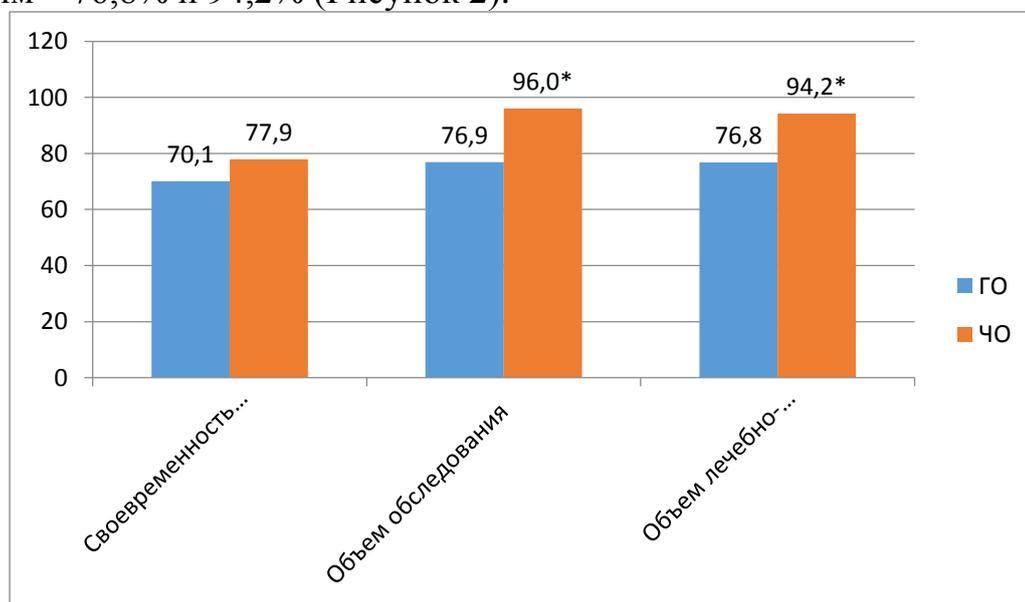
За изученный период в государственных амбулаторных медицинских организациях за пятилетний период исследования количество обратившихся (всего) составило 156912±146,89 женщин, 128716±139,55 мужчин, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин. Обращаемость в частные многопрофильные медицинские организации была меньше и составила 31289±1134,33 женщин, 24012 ±987,54 мужчин, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин.

Эти данные свидетельствовали о том, что резервы существующих государственных организаций здравоохранения в плане наращивания объемов профилактической помощи на сегодняшний день ограничены.

Интересным явился вопрос изучения обращаемости по гендерному признаку. Нами было выявлено, что в частных центрах женщин обращается за профилактической помощью больше, чем мужчин в отношении 0,86:0,14, в государственных – не столь значимые различия, которые составили 0,62:0,38 отношение, $p < 0,05$ между показателями у мужчин и женщин.

Следовательно, женщины более активно пользовались профилактическими услугами, что могло быть связано как с их более активной позицией в области сохранения и укрепления здоровья, большей уровнем собственно медико-гигиенического образования, так и большим количеством предлагаемых профилактических гендер-ориентированных программ. Также следует учитывать, что продолжительность жизни мужчин гораздо меньше, чем у женщин, что также может быть причиной редкого обращения мужчин за медицинской помощью. Отличия с государственными медицинскими организациями были связаны как с последним фактором, так и с большей доступностью в получении профилактических программ в частных медицинских организациях.

В итоге, показатели своевременности обследования при реализации программ вторичной профилактики составили в государственных медицинских организациях 70,1%, в частных – 77,9%, показатели объема обследования – соответственно 76,9% и 96,0%, показатели объема лечебно-оздоровительных программ – 76,8% и 94,2% (Рисунок 2).



ГО – государственные медицинские организации; ЧО – частные медицинские организации
 * $p < 0,05$ (статистическая значимость различий между показателями ЧО vs ГО по критерию Стьюдента с предварительным угловым преобразованием по Фишеру)

Рисунок 2 – Показатели своевременности и объема реализации программ вторичной профилактики в государственных и частных медицинских организациях

Однако гендерных различий нами обнаружено не было ($\chi^2=0,966$, $p<0,05$). При этом особо следует подчеркнуть, что достижение гендер-ориентированной направленности при реализации профилактических программ среди задач не фигурировало как в государственных, так и в частных медицинских организациях ($\chi^2=0,986$, $p<0,05$).

Полученные результаты подтверждают, что существует необходимость создания и реализации профилактических гендер-ориентированных программ для людей зрелого и пожилого возраста.

Разработанные подходы к организации и проведению гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий

Нами были разработаны подходы к организации и проведению гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

С помощью полученных данных нами была разработана модель накопленных дефицитных состояний с ассоциативными связями взаимовлияния и потенцирования данных состояний друг на друга у мужчин и женщин, профилактика которых способствует сохранности должного уровня качества жизни и способности к самообслуживанию (Рисунок 3).



Рисунок 3 - Модель накопленных дефицитов у мужчин и женщин с ассоциативными связями взаимовлияния и потенцирования данных состояний друг на друга

Поскольку пациенты частных медицинских организаций, обратившиеся за комплексом услуг, которые можно охарактеризовать как услуги профилактики возраст-ассоциированной патологии, являются потенциальным объектом реализации гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий, нами было проведено выделение характерных особенностей данного сегмента рынка медицинских услуг с точки зрения реализации профилактических программ:

1. Индивидуализированная гендер-ориентированная профилактика является привлекательным сегментом, $\chi^2 = 7,2$, $p < 0,05$,

2. Потребности потенциального пользователя услуг в области гендер-ориентированной профилактики лежать не в плоскости устранения проявлений заболеваний, а в обеспечении высокой степени социальной функциональности, $\chi^2 = 8,9$, $p < 0,05$.

3. Мужчины, в отличие от женщин, как потенциальные пользователи профилактических гендер-ориентированных услуг находятся в скрытом сегменте потребителей, $\chi^2 = 7,1$, $p < 0,05$.

4. Наличие у потребителей услуг гендер-ориентированной профилактики высокой степени ожиданий в отношении эффективности, $\chi^2 = 7,2$, $p < 0,05$.

5. Высокая степень желаний в рамках данного сегмента у пациентов зрелого возраста от потребителей других возрастов (молодые, пожилые), с различными заболеваниями и их сочетанием или отсутствием, степенью их выраженности и пр., $\chi^2 = 7,7$, $p < 0,05$.

6. Наличие потребности у потенциальных потребителей услуг гендер-ориентированной профилактики параллельных услуг в области медико-гигиенического обучения и воспитания, в большей степени для мужчин в связи с меньшей продолжительностью их жизни, $\chi^2 = 8,0$, $p < 0,05$.

Следовательно, на настоящем этапе развития рынка медицинских услуг в этом направлении наиболее актуальными проблемами является разработка и внедрение гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий, а также создание позитивного мнения среди потенциальных потребителей этих услуг.

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

Все задачи можно было разделить на две группы.

1-ая группа - 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 (Таблица 11).

Таблица 11 – Рейтинг-шкала задач медицинского характера при реализации программ персонифицированной профилактики

Позиция	Задачи	p
1	Обеспечение качественного оказания специализированной медицинской помощи (в соответствии с действующей лицензией на медицинскую деятельность)	0,0024
2	Строгое соблюдение действующих стандартов оказания медицинской помощи	0,0109
3	Снижение рисков медицинской помощи	0,0110
4	Профилактика осложнений при оказании медицинской помощи	0,0178
5	Внедрение в практику медицинской организации современных медицинских технологий в области профилактики	0,0190
6	Анализ здоровья закрепленных потенциальных пациентов мужского пола	0,0202
7	Анализ здоровья закрепленных потенциальных пациентов женского пола	0,0245
8	Обеспечение четкой организационной структуры каждой специализированной службы	0,0261
9	Внедрение достижений медицинской науки в деятельность медицинской организации	0,0309
10	Создание и реализация плана непрерывного повышения квалификации медицинского персонала	0,0360

2-ая группа - задачи этического характера: повышение удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью, создание положительного мнения о медицинской организации (Таблица 12).

Таблица 12 – Рейтинг-шкала задач этического характера при реализации программ персонифицированной профилактики

Позиция	Задачи	p
1	Повышение удовлетворенности пациентов полученной медицинской помощью	0,0004
2	Создание положительного мнения о медицинской организации в целом	0,0066
3	Создание положительного мнения о врачах медицинской организации	0,0124
4	Создание положительного мнения о среднем медицинском персонале медицинской организации	0,0238
5	Создание положительного мнения о немедицинском административном персонале медицинской организации	0,0315

Совокупность выявленных закономерностей и взаимосвязей была нами использована для создания прогностической шкалы возможности создания и эффективной реализации гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий для 8 ситуаций (программы первичной и вторичной профилактики когнитивной недостаточность, дина- и саркопении, нутритивного дефицита, гипомобильности, климактерического синдрома, возрастного андрогенного дефицита, синдрома одиночества и депрессивного синдрома).

Для формирования критериев отбора при реализации программ гендер-ориентированных профилактических гериатрических, их содержания (диагностические методы, методы профилактики и т.д.) были рассчитаны

значения шкал прогноза целесообразности и эффективности программ гендер-ориентированной 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 (1):

$$\sum_{i=1}^{13} A_i \times k_i \quad (1).$$

В таблице 13 представлены показатели для расчета прогностической модели создания и реализации гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий при возрастном андрогенном дефиците у мужчин.

Таблица 13 – Показатели для расчета прогностической шкалы макета создания и реализации гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий при возрастном андрогенном дефиците у мужчин

Прогностический показатель	Степень выраженности	Оценка в баллах(A_i)	Весовой коэффициент (K_i)	Прогностический балл
Организационные критерии	Наличие регламента введения услуги		1,0	В соответствии с выражением (1)
	Анализ потребности в услуге			
	Наличие собственных ресурсов для реализации услуги			
	Наличие ресурсов для организации услуги в партнерских организациях, с которыми организация состоит в договорных отношениях			
Диагностика	Исследование свободного тестостерона		0,97	
	Исследование общего тестостерона			
Поддержка мотивационной составляющей	Есть	3	0,82	
	Нет	0		
	Самостоятельно	1		
Всего: интервал возможных значений: max = 29,05; min = 0; прогностический балл успешного создания и реализации программы = 69,87				

В итоге, модель внедрения, реализации и оценки эффективности услуги индивидуализированной гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий выглядит в соответствии с рисунком 4.

В таблице 14 представлены данные об основных показателях, связанных со здоровьем и качеством жизни среди пациентов, которые получили гендер-ориентированные профилактические гериатрические мероприятия, в медицинских организациях, которые были базами медико-организационного эксперимента.

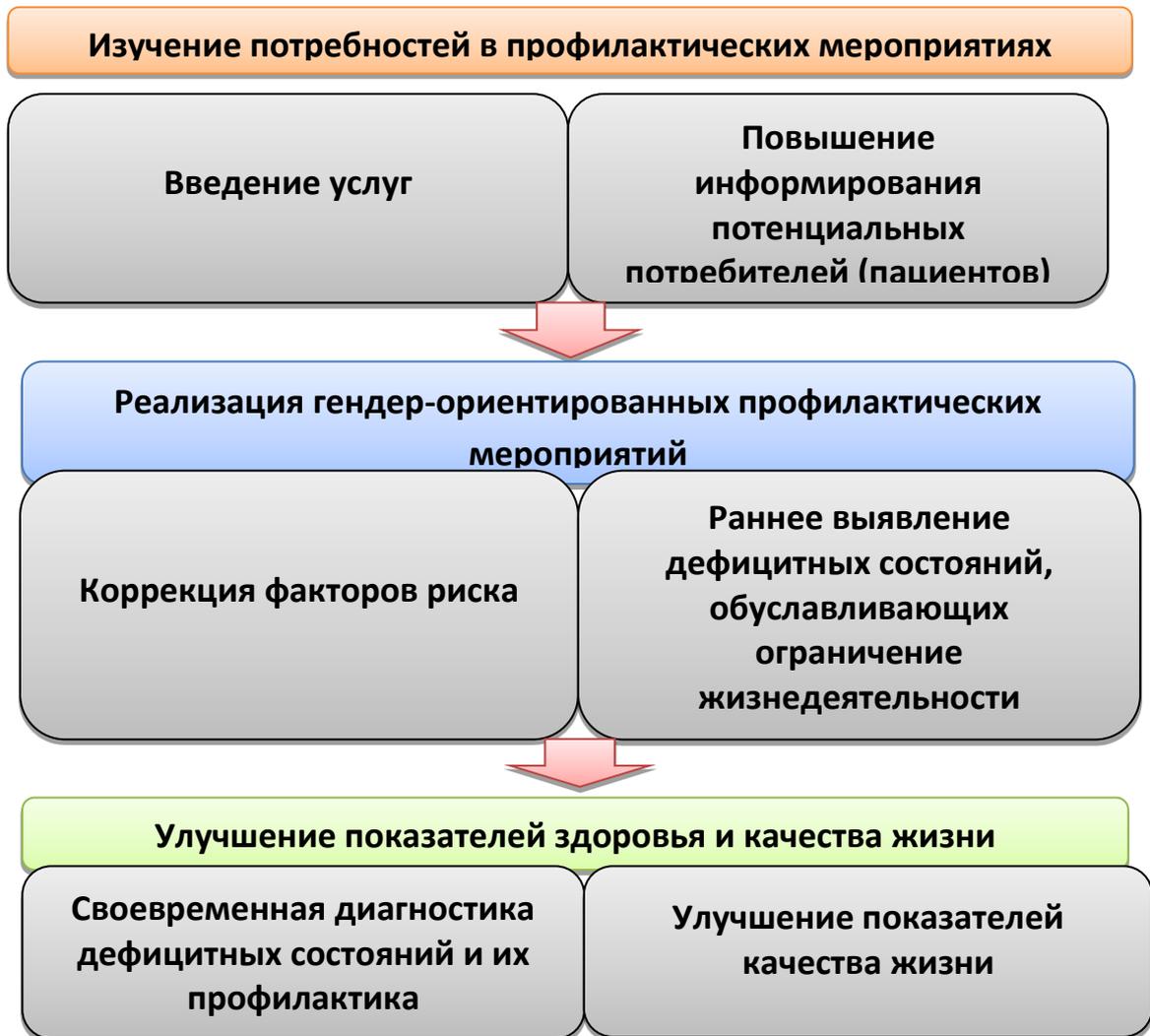


Рисунок 4 – Модель внедрения, реализации и оценки эффективности гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Таблица 14 – Основные показатели, связанные со здоровьем и качеством жизни среди пациентов, которые получили гендер-ориентированные профилактические гериатрические мероприятия

Показатель	До внедрения		После внедрения		Динамика, р
	М	Ж	М	Ж	
Уровень качества жизни по SF-36	64,3± 2,1	68,1± 2,1	77,1± 1,9*	78,2± 1,9*	+, p<0,05
Уровень тревожно-депрессивного синдрома (по ВАШ)	4,2± 0,7	5,8±0,7 *	3,1± 0,5*	3,0± 0,5*	+, p<0,05
Степень мотивации к модификации образа жизни (по ВАШ)	2,4± 0,2	5,9±0,2 **	8,7± 0,5*	8,7± 0,5*	+, p<0,05
Степень мотивации к постоянному применению базисной терапии (по ВАШ)	2,5± 0,3	4,4±0,3 **	6,6± 0,4*	6,8± 0,4*	+, p<0,05
Степень удовлетворенности состоянием здоровья (по ВАШ)	2,7± 0,7	4,8±0,7 **	8,1± 0,6*	8,4± 0,6*	+, p<0,05

* p< 0,05, между показателями до внедрения и после внедрения;

** p< 0,05, между показателями у мужчин и женщин.

Примечание: Ж – женский пол; М – мужской пол

Так, по данным таблицы произошло улучшение в отношении повышения общего показателя качества жизни с $64,3 \pm 2,1$ баллов до $77,1 \pm 1,9$ баллов у мужчин, и с $68,1 \pm 2,1$ баллов до $78,2 \pm 1,9$ баллов у женщин, $p < 0,05$, между показателями до внедрения и после внедрения, $p < 0,05$, между показателями у мужчин и женщин, снижения степени тревожно-депрессивного синдрома с $4,2 \pm 0,7$ баллов до $3,1 \pm 0,7$ баллов у мужчин, и с $5,8 \pm 0,7$ баллов до $3,0 \pm 0,5$ баллов у женщин, $p < 0,05$, между показателями до внедрения и после внедрения, $p < 0,05$, между показателями у мужчин и женщин, повышения степени мотивации к модификации образа жизни с $2,4 \pm 0,2$ баллов до $8,7 \pm 0,5$ баллов у мужчин, и с $5,9 \pm 0,2$ баллов до $8,7 \pm 0,5$ баллов у женщин, $p < 0,05$, между показателями до внедрения и после внедрения, $p < 0,05$, между показателями у мужчин и женщин, степени мотивации к постоянному применению базисной терапии с $2,5 \pm 0,3$ баллов до $6,6 \pm 0,4$ баллов у мужчин, и с $4,4 \pm 0,3$ баллов до $6,8 \pm 0,4$ баллов у женщин, $p < 0,05$, между показателями до внедрения и после внедрения, $p < 0,05$, между показателями у мужчин и женщин, степени удовлетворенности состоянием здоровья с $2,7 \pm 0,7$ баллов до $8,1 \pm 0,6$ баллов у мужчин, и с $4,8 \pm 0,7$ баллов до $8,4 \pm 0,6$ баллов у женщин, $p < 0,05$, между показателями до внедрения и после внедрения, $p < 0,05$, между показателями у мужчин и женщин.

Причем следует отметить, что у мужчин в отношении тревожно-депрессивного синдрома отмечаются хуже результаты, чем у женщин, а в отношении степени мотивации к модификации образа жизни, степени мотивации к постоянному применению базисной терапии и степени удовлетворенности состоянием здоровья лучше, чем у женщин, за счет более низкого изначального балла по этим показателям, что подтверждает эффективность проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

Помимо положительных результатов, представленных в таблице, внедрение разработанных принципов создания и реализации программ гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий позволило увеличить охват скрининга возрастного андрогенного дефицита на $45,7 \pm 1,2\%$ ИППП на $6,8 \pm 0,2\%$, ВИЧ-инфекций на $11,2 \pm 0,8\%$, когнитивной недостаточности на $18,9 \pm 1,1\%$, нутритивного дефицита на $32,2 \pm 1,3\%$.

Таким образом, результаты исследования свидетельствует о перспективности внедрения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий в современных социально-экономических условиях на основе сочетания достижений отечественной медицины в области профилактики дефицитных состояний и новых трендов в области обеспечения потребности населения в сохранении и укреплении здоровья.

ВЫВОДЫ

1. Ведущими дефицитными состояниями, обуславливающими ограничение жизнедеятельности, у мужчин были дина- и саркопения ($p=0,0005$), когнитивная недостаточность ($p=0,0003$), синдром гипомобильности ($p=0,0076$), нутритивные нарушения ($p=0,0218$), гормональные изменения (возрастной андрогенный дефицит у мужчин, $p=0,0148$), депрессивный синдром

($p=0,0418$), синдром одиночества ($p=0,0315$ $p=0,0346$), у женщин – нутритивные нарушения ($p=0,0204$), когнитивная недостаточность ($p=0,0007$ у женщин), гормональные изменения (климактерический синдром у женщин, $p=0,0096$) синдром одиночества ($p=0,0346$), депрессивный синдром ($p=0,0415$), дина- и саркопения ($p=0,0012$), синдром гипомобильности ($p=0,0082$).

2. В отношении дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности и степень функциональной способности в пожилом возрасте, но развитие которых сопряжено со средним возрастом, наблюдаются гендерные различия как в сроках их возникновения, так и в показателях обращаемости ($\chi^2=0,966$, $p<0,05$).

3. Формирование ведущих дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, начинается в среднем на 11,5-17,8 лет раньше, чем они регистрируются в реальной медицинской практике, что является резервом повышения эффективности профилактической помощи путем смещения персонифицированных профилактических мероприятий на население, находящееся в зрелом возрасте.

4. Женщины более активно пользовались профилактическими услугами, что могло быть связано как с их более активной позицией в области сохранения и укрепления здоровья, большей уровнем собственно медико-гигиенического образования, так и большим количеством предлагаемых профилактических гендер-ориентированных программ. Продолжительность жизни мужчин гораздо меньше, чем у женщин, что также может быть причиной редкого обращения мужчин за медицинской помощью. Имеются отличия в обращаемости за профилактическими услугами по гендерному и организационному признакам. В частных центрах женщин обращается за профилактической помощью больше, чем мужчин в отношении 0,86:0,14, в государственных – не столь значимые различия, которые составили 0,62:0,38 отношение.

5. Основная масса пациентов, в большей степени мужчин, готовы получать программы гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий в учреждениях различного типа и форм собственности, интегрируя их в программы популяционной профилактики, которые на сегодняшний день непосредственно не ориентированы на дефицитные состояния, которые определяют качество жизни больных и обеспечения уровня их независимости в повседневной жизни ($\chi^2=0,986$, $p<0,05$).

6. Разработанная модель организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий позволила увеличить охват скрининга дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, а именно, возрастного андрогенного дефицита на $45,7\pm 1,2\%$, ИППП на $6,8\pm 0,2\%$, ВИЧ-инфекции на $11,2\pm 0,8\%$, когнитивной недостаточности на $18,9\pm 1,1\%$, нутритивного дефицита на $32,2\pm 1,3\%$, что повышает уровень качества жизни пациентов на $9,8\pm 1,3$ баллов по шкале SF-36, а также удалось улучшить психологический статус пациентов,

удовлетворенность показателями здоровья и степень социального функционирования.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Целесообразно разработать и внедрить регламенты по выявлению таких дефицитных состояний, как нутритивные нарушения, когнитивная недостаточность, гормональные изменения, синдром одиночества, депрессивный синдром, дина- и саркопения, синдром гипомобильности.

2. Рекомендовано формировать целевые группы из пациентов, имеющих эти состояния или их риски для реализации гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий.

3. Группы пациентов с риском и наличием инфекций, передающихся половым путем, либо ВИЧ-инфекцией, выделять в качестве отдельного объекта гендер-ориентированных профилактических программ для людей зрелого возраста.

ПЕРСПЕКТИВЫ ДАЛЬНЕЙШЕЙ РАЗРАБОТКИ ТЕМЫ

Перспективы дальнейшей разработки темы заключаются в проведении исследований по выявлению лабораторных и инструментальных предикторов развития дефицитных состояний, обуславливающих ограничение жизнедеятельности, и разработке комплексного подхода для профилактики их возникновения.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ ПО ТЕМЕ ДИССЕРТАЦИИ

Статьи в журналах из перечня Scopus/ Web of Science – ВАК РФ

1. Поршина О.В., **Полев А.В.**, Романова О.В., Шаповалов В.С. Современная ситуация по возрастным и гендерным характеристикам больных инфекциями, передающимися половым путем // *Здравоохранение Российской Федерации.* – 2013. – № 3. – С. 39-42.

2. Оленская Т.Л., Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Кривецкий В.В., Султанова С.С., Поляков В.И., Брянцева О.В., **Полев А.В.** Применение диагностических шкал у находящихся на надомном обслуживании больных с сердечно-сосудистой патологией с позиций гериатрических синдромов// *Успехи геронтологии.* – 2014. – Т. 27, № 4. – С. 645-650.

Статьи в журналах из перечня ВАК РФ

3. Иванова М.А., Поршина О.В., **Полев А.В.**, Гайдарова А.М., Шаповалов В.С. Проблемы и поиски решения оптимизации дерматовенерологической помощи // *Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация.* – 2012. – № 10 (129). – Вып. 18/1. – С. 154-157.

4. Потекаев Н.Н., **Полев А.В.** Предпосылки реорганизации и стратегия развития дерматовенерологической помощи в Москве // *Клиническая дерматология и венерология.* – 2013. – Т. 11, № 1. – С. 4-8.

5. Башмаков О.А., **Полев А.В.**, Жабоева С.Л. Анализ взаимодействия объекта и субъекта образования при подготовке студентов на кафедре

общественного здоровья и здравоохранения // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4.

6. **Полев В.А.**, Крулевский В.А., Кветной И.М., Горелик С.Г., Горелик С.Г. Перспективы таргетного подхода к диагностике и терапии в гериатрии // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10-1. – С. 131-135.

7. Жабоева С.Л., **Полев А.В.**, Герасименко А.В., Горелик С.Г., Волков Д.В. К вопросу о регламенте работы и поведения специалистов регистратуры, call-центров и администраторов клиник, предоставляющих возраст-ориентированные и антиэйджинговые услуги // Современные проблемы науки и образования – 2014. – № 5. – Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=14266> (дата обращения: 07.12.2019).

8. Жабоева С.Л., **Полев А.В.**, Прощаев К.И., Ильницкий А.Н. Стандартизация сервисной составляющей первичного врачебного осмотра как способ повышения качества антиэйджинговой услуги // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. – Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13915> (дата обращения: 07.12.2019).

9. Трифонова Н.Ю., Петросов С.Н., **Полев А.В.**, Жабоева С.Л. Пути совершенствования управления кадровым потенциалом организаторов здравоохранения // Современные проблемы науки и образования. – 2014. – № 4. Режим доступа: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=13889> (дата обращения: 07.12.2019).

10. Жабоева С.Л., **Полев А.В.**, Прощаев К.И., Ильницкий А.Н. Подходы к введению новых услуг в области антивозрастной медицины // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 7-5. – С. 950-954.

11. Горелик С.Г., Литынский А.В., Поляков П.И., **Полев А.В.** Особенности хирургической патологии у пожилых больных // Фундаментальные исследования. – 2014. – № 10-3. – С. 493-497.

12. Жабоева С.Л., **Полев А.В.**, Крулевский В.А., Губарев Ю.Д., Горелик С.Г., Кветной И.М. Современные программы обследования в антивозрастной медицине // Фундаментальные исследования. – 2015. – № 1-3. – С. 504-507.

13. Алексеев С.М., Полторацкий А.Н., Акимов И.К., **Полев А.В.** Прогнозирование рисков развития осложнений после химиотерапии при хроническом лимфолейкозе в пожилом и старческом возрасте // Научно-практический рецензируемый журнал «современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики». – 2019. – №2. – Режим доступа: <http://healthproblem.ru/magazines?text=247> (дата обращения: 03.09.2019).

14. М.В. Королева, А.Н. Ильницкий, Е.В. Кудашкина, Е.И. Коршун, А.А. Шарова, **А.В. Полев.** Современные направления фармакотерапии гериатрических пациентов: полиморбидность – полипрагмазия – депрескрайбинг // Научно-практический рецензируемый журнал «Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики» – 2019. - № 3 – с. 133-154.

Другие публикации

15. Полев А.В., Гайдарова А.Э., Романова О.В., Поршина О.В., Шаповалов В.С. О возрастных и гендерных характеристиках больных

сифилисом в 2006-2011 годах // Социальные аспекты здоровья населения. – 2012. – № 6 (28). – С. 11 (ВАК с 2016).

16. Полев А.В. Организационно-функциональные мероприятия по профилактике инфекций, передаваемых половым путем // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2012. – № 4 (23). – С. 55-58.

17. Полев А.В. Социально-гигиенические и медицинские аспекты распространения сифилиса // Современные проблемы дерматовенерологии, иммунологии и врачебной косметологии. – 2013. – Т. 8, № 1 (24). – С. 59-63.

18. Жабоева С.Л., Совенко Г.Н., **Полев А.В.**, Губарев Ю.Д. Возможности дневных стационаров в реализации индивидуальных лечебно-реабилитационных и профилактических программ у пациентов с социально-значимыми заболеваниями // Клинический опыт Двадцатки. – 2014. – № 4 (24). – С. 39-43.

19. Башмаков О.А., **Полев А.В.**, Жабоева С.Л. Анализ взаимодействия объекта и субъекта образования при подготовке студентов на кафедре общественного здоровья и здравоохранения // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2015. – № 1. – С. 70.

20. Жабоева С.Л., **Полев А.В.**, Прощаев К.И., Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Ильницкий А.Н. Стандартизация сервисной составляющей первичного врачебного осмотра как способ повышения качества антиэйджинговой услуги // Научное обозрение. Медицинские науки. – 2015. – № 1. – С. 171-172.

21. Vocharova K., Olenskaya T., **Polev A.**, Satardinova E. ADRENOPROTECTIVE effects of the peptide IPH LGA // Norwegian Journal of Development of the International Science. – 2019. – № 4-2 (29). – С. 24-29.

22. **Полев А.В.**, Почитаева И.П., Литынский А.В. Научное обоснование организации и проведения гендер-ориентированных профилактических гериатрических мероприятий // Геронтология. – 2019. – № 3. – С.13-21.

Авторские свидетельства

23. Злобина И.А., Прощаев К.И., Кривцунов А.Н., **Полев А.В.**, Горелик С.Г., Милютин Е.В., Филиниченко Т.С., Гаврилова А.А. Унифицированная шкала-калькулятор оценки прогрессирования остеопороза в сочетании с остеоартрозом в старшей возрастной группе // свидетельство о регистрации программы для ЭВМ RUS 2019618069 10.06.2019.

Список условных обозначений

АД – артериальное давление

ВАД – возрастной андрогенный дефицит

ВАШ – визуально-аналоговая шкала

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ИМП – инфекция мочеполовых путей

ИППП – инфекции, передающиеся половым путем

КС – климактерический синдром

МПТ – менопаузальная терапия

ХВН – хроническая венозная недостаточность

ХСН – хроническая сердечная недостаточность