

## ПРЕВЕНТИВНАЯ ГЕРИАТРИЯ КАК НОВОЕ НАПРАВЛЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКИ

**А. Ильницкий**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук, профессор,  
**С. Трофимова**<sup>2</sup>, доктор медицинских наук, профессор,

**Д. Белов**<sup>1</sup>,

**З. Газитаева**<sup>1</sup>,

**И. Бирюкова**<sup>2</sup>,

**С. Жабоева**<sup>3</sup>, кандидат медицинских наук

<sup>1</sup>Институт повышения квалификации ФМБА России, Москва

<sup>2</sup>Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии

<sup>3</sup>Клиника молодости и красоты, Казань

**E-mail:** a-ilnitski@yandex.ru

*Современные технологии превентивной гериатрии и антивозрастной медицины направлены на разработку и реализацию эффективных индивидуальных программ профилактики развития и прогрессирования хронических заболеваний и возраст-ассоциированных состояний.*

**Ключевые слова:** превентивная гериатрия, антивозрастная медицина, индивидуальная профилактика.

В последние 2 десятилетия развилось новое междисциплинарное направление медицинской науки и практики – антивозрастная медицина. С современных позиций методы антивозрастной медицины должны быть основаны на подходах доказательной медицины и включать индивидуализированные раннее выявление, профилактику, лечение и реабилитацию при клинических состояниях и заболеваниях, ассоциированных с возрастом. Те же цели ставит перед собой и превентивная гериатрия.

Используя, по сути, 1 инструментарий, антивозрастная медицина и превентивная гериатрия дополняют друг друга; постепенно сливаясь, они объединились в одно важное междисциплинарное направление. Антивозрастная медицина, наряду с соматическими проблемами, способствует решению эстетических проблем, а превентивная гериатрия – медико-социальных. По совокупности диагностических методов, лечебно-реабилитационных мероприятий и объектов воздействия (возрастные изменения и профилактика их ранних и патологических форм), антивозрастная медицина, по сути, представляет собой синоним важной и пока малоизученной части гериатрии – профилактической или превентивной гериатрии [15].

### РАЗДЕЛЫ ПРЕВЕНТИВНОЙ ГЕРИАТРИИ

В превентивной гериатрии можно выделить 4 части: общие вопросы; ранняя диагностика зависимых от возраста факторов риска развития и прогрессирования заболеваний; индивидуальная профилактика гериатрических синдромов; оценка эффективности индивидуальных превентивных программ.

Содержанием общей части являются: общие принципы доказательной медицины в области первичной и вторичной профилактики, вопросы биомедицинской статистики и проведения клинических исследований по индивидуальной про-

филаксии, правила внедрения полученных доказательных данных в клиническую практику. Данный раздел, с нашей точки зрения, чрезвычайно важен, так как привлекательное для потребителя широкого спектра медицинских услуг словосочетание «антивозрастная медицина» может быть использовано недобросовестными их поставщиками в корыстных целях и породить спекуляции вокруг данного направления медицинской науки и практики, ориентированного на современные научно-обоснованные клинические технологии.

Кроме того, общие вопросы превентивной гериатрии включают представления о фундаментальной геронтологии и процессах старения, например, о старении иммунной системы; об оксидативном стрессе как об одном из важных доказанных механизмов старения; генетические и эпигенетические аспекты регуляции старения, включая пептидную и другие ее формы; представления о факторах риска развития и сути возраст-ассоциированных заболеваний, гериатрических синдромов, их клинических проявлениях; вопросы активного долголетия и их обеспечения [6].

Индивидуализированная оценка факторов риска и прогрессирования заболеваний (диагностика в превентивной гериатрии) включает выявление средовых факторов, ухудшающих процессы старения (качество воздуха, питьевой воды, питания, режим инсоляции); определение питания (применение специальных тестов, которые позволяют диагностировать синдром избыточного или недостаточного питания), уровня физической активности (применение специальных тестов, позволяющих выявить уровень и степень достаточности физической активности), психического статуса (выявление с помощью опросников и шкал факторов риска и наиболее распространенной патологии психической сферы – тревожно-депрессивный синдром, деменция, нарушения сна и т.д.); состояния кожи (диагностика синдрома преждевременного старения кожи – skinaging и синдрома фотостарения кожи – fotoaging) [5].

Однако важнейшим и первостепенным компонентом индивидуализированной оценки факторов риска и прогрессирования заболеваний, в том числе возраст-ассоциированных, является традиционный клинический осмотр с применением рутинных и специальных (генетических, лабораторных, опросников и шкал) методов диагностики, принятых в общеклинической практике).

Следует отметить, что спектр методов диагностики в превентивной гериатрии аналогичен таковому в гериатрии как традиционной клинической специальности и включает следующие основные позиции:

- оценка антропометрических данных: рост стоя, рост сидя, масса тела, толщина кожной складки в области трицепса, денситометрия кистей для выявления остеопороза;
- оценка функциональных показателей состояния органов и систем: пульс, артериальное давление (АД), частота дыхания, жизненная емкость легких, максимальная задержка дыхания на вдохе и выдохе, мышечная сила кистей (динамометрия), рентгеноскопия органов грудной клетки, острота зрения, простой тест на память, скорость распространения пульсовой волны, реоэнцефалография;
- определение лабораторных параметров (например, показателей общего анализа крови, мочи), биохимические исследования крови (холестерин и его фракции – липопротеиды очень низкой, низкой, высокой плотности, сахар крови и пр.);

- применение различных опросников и шкал (шкалы для оценки мышечной силы, тревоги Спилбергера; для оценки индекса общего психологического благополучия, статуса питания; шкалы Монтгомери – Асберг для оценки депрессии; самоопросник «Модифицированная самооценка социальной приспособляемости» и др.) [10].

Один из аспектов диагностики в превентивной гериатрии – оценка биологического возраста доступными методами, признанными объективными. Прежде всего, это метод, основанный на оценке уровня мелатонина, поскольку он достоверно сопряжен с возрастом: чем ниже по сравнению со среднепопуляционным уровнем мелатонина в организме человека, тем больше его биологический возраст [1, 2]. Перспективна также оценка биологического возраста по уровню экспрессии различных сигнальных молекул, сопряженному с биологическим возрастом человека и наличием или отсутствием определенной возраст-ассоциированной патологии [3, 4].

В превентивной гериатрии широкое распространение получили комплексные диагностические методики. К наиболее простым и часто употребляемым для диагностики синдрома преждевременного старения как объекта индивидуальных профилактических программ относят следующие:

- метод В.П. Войтенко: определение систолического (САД) и диастолического (ДАД) давления, продолжительности задержки дыхания, статической балансировки, массы тела, индекса самооценки здоровья и пр.;
- по диаметру общей сонной артерии: по мере старения соотношение внутренней и средней оболочек общей сонной артерии при измерении в участках, свободных от атеросклеротических бляшек, линейно увеличивается от 0,48 в возрасте до 40 лет до 1,02 – к 100 годам жизни и в норме описывается формулой:  $(0,009 \times \text{возраст}) + 0,116$ ;
- шкала SCORE, разработанная для оценки риска смертельного сердечно-сосудистого заболевания в течение 10 лет; основой для широкого внедрения шкалы послужили данные когортных исследований, проведенных в 12 странах Европы (включая Россию) с участием 205 178 обследованных.

Скрининговыми клиническими критериями при применении шкалы SCORE являются: наличие курения и (или) хронической обструктивной болезни легких ( $50\% \leq$  объем форсированного выдоха за 1-ю секунду ( $\text{ОФВ}_1$ )  $\leq 80\%$  от должного;  $\text{ОФВ}_1/\text{форсированная}$  жизненная емкость легких  $\leq 70\%$ ); сахарный диабет (концентрация глюкозы в плазме венозной крови натощак  $\geq 7,0$  ммоль/л, через 2 ч после нагрузки глюкозой –  $\geq 11,1$  ммоль/л); артериальная гипертензия (уровень САД  $> 139$  мм рт. ст., ДАД –  $> 89$  мм рт. ст.); дислипидемия (уровень общего холестерина  $> 5,0$  ммоль/л, холестерина липопротеидов высокой плотности:  $< 1,0$  ммоль/л для мужчин и  $< 1,2$  ммоль/л для женщин) [9, 13].

В превентивной гериатрии применяются комплексные немедикаментозные и медикаментозные технологии индивидуальной первичной и вторичной профилактики, основанные на принципах доказательной медицины в разных областях медицины – кардиологии, пульмонологии, эндокринологии (включая гендерные аспекты, т.е. половые отличия старения), урологии, гинекологии, онкологии, профилактика в возможных рамках нейродегенеративных заболеваний и когнитивного дефицита, профилактика саркопении. Важными являются программы превентивной остеологии, профилактика в области офтальмологии, фоно-

атрии, стоматологии, а также синдрома преждевременного старения кожи [7, 8].

Оценка эффективности индивидуальных антивозрастных профилактических программ носит традиционный клинический характер и заключается в оценке динамики состояния пациента по клиническому состоянию на основе данных применения опросников и шкал [14, 15].

Целью превентивной гериатрии является индивидуальная профилактика возраст-зависимых отклонений состояния здоровья, требующая прежде всего тщательной диагностики факторов риска развития подобных ситуаций. В основе такой диагностики находятся не только общеклинический осмотр и использование рутинных диагностических методов, применяемых в обычной клинической практике лечебно-профилактических учреждений общелечебной сети, которые в основном ориентированы на популяционную профилактику. Дополнительными методами выступают опросники и шкалы, требующие определенных затрат времени для врача и пациента, нередко — достаточно сложные и дорогостоящие диагностические манипуляции.

Важным направлением дальнейших исследований в области превентивной гериатрии является стандартизация алгоритма и объема обследования пациента для наиболее точной диагностики индивидуальных факторов риска и прогрессирования хронических заболеваний, возраст-ассоциированных состояний. Видимо, данный вопрос должен решаться с учетом отдельных клинических специальностей и на основе принципов доказательной медицины.

Целью превентивной гериатрии является проведение эффективных индивидуальных программ профилактики развития и прогрессирования хронических заболеваний и возраст-ассоциированных состояний, что будет способствовать формированию активного долголетия, эстетической удовлетворенности пациента своим внешним видом и в целом — повышению качества жизни.

## Литература

1. Анисимов В.Н. Мелатонин и его место в современной медицине // ПМЖ. — 2006; 14 (4): 269–73.

2. Анисимов В.Н., Кветной И.М., Комаров Ф.И. и др. Мелатонин в физиологии и патологии желудочно-кишечного тракта / М.: Советский спорт, 2000; 184 с.

3. Кветная Т.В., Князькин И.В., Кветной И.М. Мелатонин — нейроиммуно-эндокринный маркер возрастной патологии / СПб: ДЕАН, 2005; 106–7.

4. Полякова В.О., Пальцева Е.М., Крулевский В.В. Буккальный эпителий: новые подходы к молекулярной диагностике социально значимой патологии. Под ред. М.А. Пальцева / СПб: Н-Л, 2015; 160 с.

5. Biein B. An older person as a subject of comprehensive geriatric approach // Roczn. Akad. Med. Białymst. — 2005; 50: 89–92.

6. Fry C. Globalization and the experiences of aging // Gerontol. Geriatr. Educ. — 2005; 26 (1): 9–22.

7. Judith S. Partidge, Harari D., Dhesi J. Frailty in the older surgical patient: a review // Age and Ageing. — 2012; 41: 142–7.

8. Nordam A., Sorlie V., Forde R. Integrity in the care of elderly people, as narrated by female physicians // Nurs. Ethics. — 2003; 10 (4): 388–403.

9. Rejeski W., Brawley L. Functional health: innovations in research on physical activity with older adults // Med. Sci. Sports Exerc. — 2006; 38 (1): 93–9.

10. Rosin A., van Dijk Y. Subtle ethical dilemmas in geriatric management and clinical research // J. Med. Ethics. — 2005; 31 (6): 355–9.

11. Story D., Leslie K., Myles P. et al. Complications and mortality in older surgical patients in Australia and New Zealand (the REASON study): a multicentre, prospective, observational study // Anaesthesia. — 2010; 65: 1022–30.

12. Tinetti M. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients // JAMA. — 1988; 259: 1058.

13. Tinetti M. Performance oriented assessment of mobility problems in elderly patients // J. Am. Geriatr. Soc. — 1986; 34: 119–26.

14. Tomasovic N. Geriatric-palliative care units model for improvement of elderly care // Coll. Antropol. — 2004; 29 (1): 277–82.

15. Weiss R. Autologous cultured fibroblast injection for facial contour deformities // Dermatol. Surg. — 2007; 33 (3): 263–8.

## PREVENTIVE GERIATRICS AS A NEW AREA OF CLINICAL PRACTICE

*Professor A. Ilnitsky<sup>1</sup>, MD; Professor S. Trofimova<sup>2</sup>, MD; D. Belov<sup>1</sup>; Z. Gazitayeva<sup>1</sup>; I. Biryukova<sup>2</sup>; S. Zhaboeva<sup>3</sup>, Candidate of Medical Sciences*

<sup>1</sup>Institute of Advanced Training, Federal Biomedical Agency, Moscow

<sup>2</sup>Saint Petersburg Institute of Bioregulation and Gerontology

<sup>3</sup>Youth and Beauty Clinic, Kazan

*Current technologies of preventive geriatrics and antiaging medicine are aimed at elaborating and implementing effective individual programs to prevent the development and progression of chronic diseases and age-related conditions.*

**Key words:** preventive geriatrics, antiaging medicine, individual prophylaxis.