

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-01-15>

Антиэйджизм как современная парадигма клинической медицины и здравоохранения

Ю.Ф. Медзиновский¹,

А.А. Медзиновская¹,

О.М. Кузьминов², доктор медицинских наук, профессор

¹ООО «GLMed», Москва

²Белгородский государственный национальный

исследовательский университет

E-mail: kuzminovbn@yandex.ru

Эйджизм – дискриминация человека по возрастному принципу – оказывает отрицательное влияние на его здоровье. При этом развивается антиэйджизм, который постепенно становится парадигмой клинической медицины и здравоохранения, направленной на сохранение хорошей функциональности в любом возрасте в контексте концепции здорового старения.

Ключевые слова: старение, эйджизм, антиэйджизм, anti-age, pro-age.

Для цитирования: Медзиновский Ю.Ф., Медзиновская А.А., Кузьминов О.М. Антиэйджизм как современная парадигма клинической медицины и здравоохранения. *Врач.* 2021; 32 (1): 74–80. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-01-15>

Эйджизм оказывает отрицательное влияние на здоровье человека, так как является одной из форм дискриминации человека.

Старение человека – естественный физиологический процесс. Оно связано с изменением метаболизма и биохимических процессов в сторону угасания, и, к сожалению, в большинстве случаев сопровождается значительным ухудшением здоровья, проявлением определенных симптомокомплексов – гериатрических [1, 2]. При этом исследователи считают, что страх собственной старости как немощи рассматривается как основа отторжения людьми более молодого возраста всего, связанного со старением [3]. Очевидно, именно страх собственной старости и сопровождающих ее проблем со здоровьем является одной из ключевых причин высокого распространения в современном обществе *эйджизма* – предвзятого отношения к пожилым и старым людям.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Проанализированы опубликованные научные материалы по данной проблеме.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Анализ литературы показал, что эйджизм в современном мире является одним из форпостов дис-

криминации человека, однако во многих странах невозможность дискриминации по полу, цвету кожи, национальности, сексуальной ориентации и др. закреплена законодательно. По словам американского гериатра Р. Баттлера (1969), эйджизм — это настроение, когда молодые чувствуют себя выше пожилых и «выводят» их за рамки «людей», т.е. считают «отработанным» материалом [4]. В Великобритании звучали предложения лишать после 75 лет людей права голоса, так как дальше жить — молодым, и им самим решать свою судьбу [5].

Груз дискриминации по возрасту, по данным журнала *Lancet*, испытывают 25% людей в возрасте старше 50 лет. Причем ограничения проявляются прежде всего в обыденной жизни — на работе, при совершении покупок в магазине и др. Как сексизм и расизм, эйджизм также атакует в первую очередь женщин [4]. При приеме на работу дискриминацию по возрасту женщины начинают испытывать после 40 лет, мужчины — после 45 лет [9].

Но представления о старости — это социальная конструкция, которая постепенно трансформируется [6]. Действительно, в современном мире все большее значение приобретает альтернативное интеллектуальное течение — *антиэйджизм*, которое заключается в понимании возраста как биологической константы, что влечет за собой отказ от «борьбы с возрастом и старением» и, наоборот, признание за каждым возрастом своих положительных черт. Цель движения — улучшение положения пожилых людей. В зарубежных СМИ, в том числе в ведущих СМИ Великобритании, США, Франции все чаще появляются статьи с антиэйджизмским содержанием.

Можно провести четкие аналогии между антиэйджизмом и движением за права женщин или темнокожих людей. Но у каждого подобного движения, как известно, был мощный манифест. В США в 2018 г. вышла книга, которую можно считать своего рода манифестом движения антиэйджизма [7]. Ее автор Эштон Эпплвайт (Ashton Applewhite) попыталась обосновать основные принципы антиэйджизма [7].

У антиэйджизма несколько важных составляющих, одной из которых бесспорно является медицинская, точнее медико-социальная. И главным форпостом проведения антиэйджизма как концепции в медицину и систему здравоохранения является клиническая геронтология.

Установлено, что эйджизм отрицательно влияет на нейроиммуноэндокринологию клеток и способствует развитию заболеваний: появляется депрессия, усиливается риск сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) и ожирения, формируется предрасположенность к деменции [4, 8].

В газете *Washington Post* поднимается вопрос о том, всем ли после 65 лет нужен гериатр? В США в настоящее время подготовлены 6910 сертифицированных ге-

риатров, из них полностью работают в этой специальности лишь половина — 3590 врачей. Подчеркивается, что направление к врачу-гериатру должно строиться не на определении возраста, а с учетом наличия у пациентов гериатрических синдромов и симптомов — потеря массы тела, связанная с возрастом, снижение скорости ходьбы, мышечная слабость и др. Гериатрия, как ни одна другая врачебная специальность, ориентирована не на болезнь, а на целостное восприятие пациента и его жизни. По большому счету это возвращение к традициям русской терапевтической школы с ее девизом: «Лечить не болезнь, а больного» [10].

Еще одним следствием влияния антиэйджизма, которое находит преломление в медицине и непосредственно в клинической геронтологии, является используемая терминология. Речь идет об этичности употребления термина «пожилой» в медицинском профессиональном языке, поскольку он является проводником отрицательных стереотипов в отношении людей старших возрастных групп. Этот термин устарел, так же, как слова «идиот» или «имбицил». Применение термина «пожилой» в специальной медицинской литературе рассматривают как эйджизм и дискриминацию человека (сопоставимо со словами «черный» или «баба» — т.е. с расизмом и сексизмом). Считается, что корректнее называть четкий возраст человека, учитывая, что медицина — это наука и практика, основанная на четких биологических параметрах, или употреблять более мягкие лингвистические конструкции, например, *older person*, т.е. «более взрослый человек» [13, 14].

В современном динамически изменяющемся мире нельзя назвать конкретное время наступления старости. Охарактеризовать возраст как пожилой так же тяжело, как красоту или ее отсутствие, поскольку в этом смысле у каждого свои вкусы и понятия. При опросе разных людей оказалось, что, по мнению одних, постарение начинается, когда люди не смогут пройти определенное расстояние, другие считают, что при развитии деменции, третьи — при развитии старческой астении [6].

С точки зрения антиэйджизма, важным является не забота о том, как не постареть или с какими результатами прийти к старости (с психологической точки зрения, среднестатистический человек едва ли задумывается о том, что с ним будет через 20–30 лет), а формирование стереотипа правильного, разумного с точки зрения здоровья поведения в любом возрасте, что обеспечит сохранение хорошей функциональности и качества жизни (КЖ) в любом возрасте.

Например, только 2,5% американцев старше 65 лет вынуждены находиться в домах престарелых; 90% пожилых не имеют в анамнезе деменции; 50% американцев группы *oldest old* (возраст 85+) не нуждаются в помощи и живут самостоятельно; 56% пожилых работают на пенсии. Если у человека сформировано

благожелательное отношение к старости и он не загружен негативными мифами о старении, это способствует увеличению продолжительности жизни на 7,5 года [12].

Большую актуальность, с точки зрения антиэйджизма, приобретает *концепция здорового старения*. Тем не менее в определенные критические возрастные точки важно особенно тщательно следить за своим здоровьем. К таким точкам относится *возраст появления первых признаков старения* — клинических состояний и синдромов, которые формируют функциональность человека в пожилом возрасте и в старости [11].

Исследования показали, что временной диапазон развития клинических проявлений старения у людей достаточно широк. В частности, популяцию центральной части России характеризуют следующие показатели:

- проявления *когнитивного дефицита* (нарушение памяти, концентрации внимания и др.) начинаются в 47,2–66,3 года [15];
- возраст появления одной из главных проблем здоровья у пожилых — *саркопении* (гериатрический синдром, характеризующийся прогрессирующей генерализованной потерей мышечной массы и силы и связанный с серьезными последствиями для здоровья, развитием астении, инвалидности, заболеваемости и смертности [16–20]) в среднем приходится на 51,3–71,3 года, пик проявлений — на 68,7 года;
- *гипомобильность* проявляется в возрасте 51,3–65,6 года;
- первые признаки *мальнутриции* (синдром недостаточности питания, оказывающий влияние на состояние здоровья и КЖ почти 13–78% пожилых, и обуславливающий старческую астению, мышечную атрофию, снижение иммунитета, увеличение сроков пребывания в стационаре при госпитализации, рост заболеваемости и смертности и др.) появляются в возрасте 56,3–74,6 года с пиком проявлений в популяции в 68,7 года;
- *сенсорные дефициты* (нарушения слуха и зрения вносят важный вклад в КЖ при старении): *снижение зрения* начинает проявляться в возрасте 42,4–50,2 года [1, 17].

В результате проведенных нами исследований было показано, что первые признаки старения сопряжены с **возрастным андрогенным дефицитом у мужчин и периодом постменопаузы у женщин**.

Возрастной андрогенный дефицит у мужчин — это синдром, характеризующийся снижением содержания общего и биологически активного тестостерона в крови ниже нормальных значений и клиническими проявлениями. Он появляется у мужчин в возрасте 40–79 лет (средний возраст — 59,7 года) [19, 21]. Для него характерны следующие симптомы: сексуальные (снижение частоты утренних эрекций и либидо, эректильная

дисфункция); физические (уменьшение физической выносливости, невозможность быстрой ходьбы на расстояние 1 км, снижение пластичности тела); психологические (уменьшение энергичности, тревога и депрессия, усталость). В популяции здоровых мужчин средний уровень тестостерона не меняется до возрастного предела 50–55 лет, а затем постепенно снижается со скоростью около 1% в год; в возрасте 80 лет среднее содержание общего тестостерона составляет 60% от его уровня в возрасте 25 лет. Снижение содержания биологически активных свободных фракций тестостерона может начинаться уже в 35 лет. Согласно результатам Массачусетского исследования старения мужчин (Massachusetts Male Aging Study), секреция свободного тестостерона в этом возрасте снижается на 2,8% в год, а общего тестостерона — на 1,6%. Возникновение клинических проявлений данного состояния зависит от исходного уровня тестостерона — чем выше оно в молодом возрасте, тем меньше вероятность развития заболевания в пожилом и старческом возрасте. Поэтому столь важно уделять внимание этой проблеме и выявлять недостаточный уровень тестостерона и его фракций уже в молодом возрасте [21, 22].

Факторами риска развития возрастного андрогенного дефицита являются гинекомастия, зависимость от психоактивных веществ (в том числе алкоголь), ожирение и метаболический синдром, повышение индекса массы тела, дислипидемия (нарушение соотношения липидов крови с повышением уровня холестерина и триглицеридов), депрессия, анемия. В популяции встречается все больше мужчин пожилого возраста с абдоминальным ожирением, наличием нескольких хронических заболеваний и низким уровнем тестостерона. Исследования показывают множественный положительный у этих мужчин эффект заместительной терапии тестостероном: улучшаются общее самочувствие, качество сексуальной жизни, уменьшаются масса тела, а также окружность талии. Выявление факторов риска и изменение образа жизни могут предупредить развитие возрастного андрогенного дефицита и значительно повысить КЖ [21–23].

У женщин в **климактерическом периоде** выделяют: пременопаузальный период, характеризующийся снижением выработки половых гормонов, менопаузальный, для которого характерно прекращение менструальных кровотечений, и постменопаузальный — период полного прекращения функции яичников. После наступления менопаузы наиболее распространенными являются приливы, психоэмоциональные нарушения; атрофия молочных желез, ухудшение состояния слизистых оболочек, ухудшение состояния кожи и волос, нарушения со стороны мочеполовой системы, остеопороз. Перименопауза и ранняя постменопауза из-за дефицита эстрогенов ассоциированы с такими заболеваниями, как атеросклероз, артериальная гипертензия (АГ), инсулинорезистентность, заболевания нервной

системы и опорно-двигательного аппарата. Важны грамотное ведение и оказание помощи женщинам в период менопаузы, в пери- и постменопаузальном периодах, назначение заместительной гормональной терапии по показаниям, что в дальнейшем значительно определяет КЖ. Доказана эффективность поддержания физической активности на оптимальном уровне в пери- и постменопаузальный периоды [24–26].

В исследованиях показано, что эстрогены проявляют антиоксидантный эффект и способствуют предупреждению развития ССЗ. С другой стороны, дефицит эстрогенов у женщин и андрогенов у мужчин является фактором риска развития деменции [24, 25].

Еще одной актуальной медико-социальной проблемой, обуславливающих существенное снижение КЖ у людей старших возрастных групп, является **альцгеймеризация старения**. Болезнь Альцгеймера – самая распространенная причина деменции, рассматривается ВОЗ как глобальная проблема здравоохранения с огромными последствиями для людей и общества. К сожалению, до сих пор не существует абсолютно эффективных методов лечения, влияющих на течение и прогноз заболевания [27, 28].

Деменция – приобретенное прогрессирующее когнитивное расстройство, оказывающее значительное влияние на повседневную жизнь; деменция является одной из основных причин зависимости, инвалидности и смерти. По нынешним оценкам, в настоящее время в мире насчитывается 44 млн человек, страдающих деменцией. Эти цифры, по прогнозам, могут утроиться к 2050 г., что связано со старением населения и сопряжено с увеличением расходов на оказание помощи при деменции (к примеру, в США – до 600 млрд долларов). Недавние исследования показывают, что заболеваемость деменцией, особенно среди мужчин, в западных странах может быть снижена; неясно, какими именно механизмами этого удастся достичь, но среди предположений – снижение риска ССЗ. В ближайшие годы наибольший рост распространенности деменции ожидается в странах с низким и средним уровнем дохода, где наблюдаются тенденции к росту ССЗ, АГ и сахарного диабета (СД) типа 2 (СД2). Болезнь Альцгеймера – самостоятельная важная причина деменции (50–75% случаев развития деменций), обуславливающая дальнейший прогноз и влияние на заболеваемость и смертность [27, 28].

По мере прогрессирования заболевания когнитивные нарушения становятся более тяжелыми, оказывая тем самым влияние на повседневную жизнь; на этом этапе у человека может быть диагностирована деменция. Увеличение зависимости от постороннего ухода становится закономерным; в дальнейшем при заболевании могут возникнуть изменения в поведении, нарушение подвижности, галлюцинации и судороги. Смерть наступает в среднем через 8,5 года после проявления заболевания [27, 28].

Благодаря многочисленным исследованиям найдены способы и возможности влияния на управляемые факторы риска развития деменции. Так, к управляемым факторам можно отнести малоподвижный образ жизни, ожирение, несбалансированное питание, употребление табака и злоупотребление алкоголем, СД и АГ. Важны также такие факторы, как депрессия среднего возраста, низкий уровень образования, социальная изоляция и отсутствие активной интеллектуальной деятельности. Несомненно, большую роль играют возможности доклинической диагностики деменции и активная разработка технологий вмешательства (стволовые клетки, антитела к τ -протеину, ω -3-жирные кислоты и др.).

Значимой составляющей профилактики деменции представляется медицинское просвещение. В литературе и СМИ, в том числе электронных изданиях, важны акцентирование внимания общества на проблеме деменции, информация о факторах риска и способах профилактики, и, что самое главное, понимание того, что деменция – это не нормальное проявление и следствие старения.

Физическая активность выступает не только в качестве мер профилактики ССЗ, но и стимулирует восстановление клеток головного мозга – нейронов, снижает риск развития нейродегенеративных нарушений (болезнь Альцгеймера, болезнь Паркинсона и др.) и деменции. В любом возрасте физическая активность является фактором снижения частоты развития инсульта, инфаркта, СД, депрессии, рака толстой кишки, рака молочной железы и др. Регулярные физические нагрузки и занятия спортом, даже если человек приступает к ним во второй половине жизни, улучшают физический, функциональный статус, когнитивные способности, снижают смертность, частоту госпитализаций и др. У людей с нормальной физической активностью реже возникают возраст-ассоциированные проблемы, например, падения [11, 15, 16].

Нередко люди старших возрастных групп довольно активно занимаются спортом. Есть и уникальные примеры спортивного долголетия. Например, «The Guardian» пишет о женщине в возрасте 104 лет, которая бежит на длинные дистанции; по ее словам, пусть не так быстро, как раньше, но если она начинает бег, то обязательно доходит до финиша [29].

Не менее важную роль для здорового старения и предупреждения преждевременного процесса, в том числе головного мозга, имеет питание. В настоящее время заслуженной популярностью благодаря своей доказанной эффективности пользуется **средиземноморская диета**. Для такой диеты характерно достаточное потребление фруктов, орехов, которые богаты витаминами С, Е, каротиноидами, полифенолами, α -линолевой кислотой; овощей (витамин С, каротиноиды, полифенолы, фолат), зелени, зерновых с низким гликемическим индексом (наличие витамина

V_6); морской рыбы (полиненасыщенные жирные кислоты); оливковое масло (полифенолы, ненасыщенные жирные кислоты). При неуклонном следовании такой диете выявлено снижение до 50% риска болезни Альцгеймера.

Долголетие зависит от целого комплекса факторов (генетика, окружающая среда, образ жизни, характер питания и др.). Именно эти факторы, в том числе в совокупности, определяют, проживет ли человек до 100 лет и более. В последнее время в зарубежной и отечественной научной литературе активно освещается **роль микробиоты** в повышении качества и увеличении продолжительности жизни [30, 31].

Микробиота кишечника влияет на обмен веществ и иммунный статус человека, поэтому была предложена в качестве детерминанты здорового старения. Она связана с множеством заболеваний: ожирение, СД2, синдром раздраженного кишечника, заболевания кишечника, колоректальный рак и др. Доказано, что изменения в образе жизни и диета способствуют изменению экологии микробиоты кишечника. Микробиота кишечника реагирует на изменения в питании довольно быстро, и даже краткосрочное следование диете, состоящей из животных или растительных продуктов, может изменить общую структуру микробиоты кишечника [13].

Следует понимать, что модные тенденции в образе жизни, особенно в питании, могут влиять на микробиоту кишечника как положительно, так и отрицательно, в том числе способствовать развитию заболеваний.

Актуальны понимание факторов, влияющих на микробиоту кишечника, и поиск новых методов лечения как метаболических, так и воспалительных заболеваний, что приведет к увеличению КЖ человека, сохранению его функциональной активности и продолжительности жизни [13, 31].

Проведенные клинические испытания показали, что пребиотики и пробиотики могут значительно улучшить здоровье пожилых. Ученые считают, что бактерии могут уменьшить хроническое воспаление, связанное с процессом старения. Это свидетельствует о том, что прямая регуляция структуры микробиоты кишечника позволяет снизить воспалительный ответ и улучшить адаптивный иммунный ответ для улучшения иммуносенесценции.

В настоящее время активно обсуждается участие микробиоты кишечника в механизмах развития болезни Альцгеймера. Основным тормозным нейромедиатором в ЦНС человека является γ -аминонасыщенная кислота (ГАМК). При нарушениях микробиоты кишечника, особенно при уменьшении содержания бифидобактерий и лактобацилл, уровень ГАМК в кишечнике снижается, что в дальнейшем приводит к его уменьшению в ЦНС.

Клинические исследования показали, что бифидобактерии, молочнокислые бактерии могут регулировать

микробиоту, улучшая когнитивные способности пациентов с болезнью Альцгеймера. Механизм может быть связан с продукцией микрофлорой экзогенных полиаминов. Полиамины не только ингибируют выработку воспалительных цитокинов, но и оказывают антиоксидантное действие. Метаболиты кишечной микробиоты могут способствовать секреции серотонина энтерокринными клетками. Кроме того, пробиотики могут также способствовать выработке нейротрофических факторов в головном мозге, снижать активность воспалительных цитокинов, тем самым способствуя профилактике и раннему лечению заболеваний, связанных с когнитивными нарушениями.

Пробиотики могут регулировать микробиоту кишечника, что может активировать иммунную систему, увеличить высвобождение нейромедиаторов в головном мозге и эффективно улучшить желудочно-кишечные и неврологические симптомы. Поэтому углубленное изучение механизма вовлечения кишечной микробиоты в развитие болезни Альцгеймера станет новой мишенью для лечения этого заболевания.

Горячей темой для дискуссий стала взаимосвязь микробиоты кишечника и развития *остеопороза*. Исследование McCabe указывает, что микробиота кишечника может влиять на метаболизм костей через высвобождение небольших молекул (таких как эстроген, серотонин), иммунную регуляцию и влиять на абсорбцию и метаболизм кальция и фосфора. Есть все основания полагать, что нарушение микробиоты кишечника — один из ключевых факторов, приводящих к остеопорозу.

Многочисленные свидетельства показывают, что микробиота кишечника служит еще одним фактором, вызывающим *ожирение* (трансплантация микробиоты от тучных мышей способствовала более высокому риску накопления жира у реципиента) [31].

Все существующие методы лечения ожирения могут быть ориентированы с позиции микробиоты, включая хирургические методы, лекарственные средства, а также ограничение калорийности [31].

Часто о питании говорят в контексте энергетического баланса, микроэлементного состава, достаточного содержания витаминов. Однако все более актуальным в плане здорового старения становятся ракурсы питания и его влияния на микробиоту кишечника. Микробиота кишечника — главный участник переваривания пищи; она участвует в расщеплении, синтезе и поглощении основных питательных веществ (углеводов, жиров, белков и витаминов). Диеты как с низким, так и высоким содержанием сахара влияют на структуру микробиоты кишечника. Диета с низким содержанием сахаров изменяет микробный состав кишечника, уменьшает количество кишечных опухолей в экспериментах с мышами, а также снижает уровень бутират-продуцирующих микроорганизмов, в то время как рацион с высоким содержанием жира/сахара меняет состав кишечной флоры и приводит к развитию ожирения (доказано в

экспериментах с мышами). Кроме того, доля пищевых волокон в рационе существенно влияет на микробный состав кишечника [13, 32].

За последние десятилетия исследователи установили связь между изменением микробного состава кишечника, старением и возраст-ассоциированными заболеваниями. Установлено, что микробиота кишечника изменяется в период старения. В современной науке важно понимать роль микробиоты кишечника в процессах старения и именно с акцентом на терапевтический потенциал в антивозрастной медицине. Необходимы новые инструменты и новые подходы для дальнейших исследований, чтобы найти способы продления активной жизни [31].

Таким образом, современные знания об основных процессах и закономерностях в организме, происходящих с возрастом, позволяют воздействовать на эти процессы с целью продления качественной и счастливой жизни, обеспечивая активную функциональность и активный образ жизни человека в здоровом обществе.

В настоящее время мы можем говорить о том, что человек при желании и определенных личных усилиях может сам управлять своим старением и КЖ в более зрелом возрасте, а врачи, в том числе геронтологи, должны обеспечить его надлежащей информации и помочь ему отслеживать в динамике показатели здоровья, в том числе в критических возрастных точках.

Принятие антиэйджизма в качестве современной парадигмы клинической медицины и здравоохранения потребует переориентации подходов anti-age к pro-age.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии
возможных конфликтов интересов.

Литература/Reference

- Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Петрище Т.Л. Клеточные хроноблокаторы в клинической практике. М.: Триумф, 2019; 168 с. [Il'nitskiy A.N., Proshchaev K.I., Petrishche T.L. Kletochnyye hronoblokatory v klinicheskoy praktike. M.: Triumf, 2019; 168 s. (in Russ.).]
- Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Постникова Л.И. и др. Клиническая патология полиморбидности в гериатрической практике. *Успехи геронтологии*. 2011; 24 (2): 285–9 [Proshchaev K.I., Il'nitskiy A.N., Postnikova L.I. et al. The clinical pathology of polymorbidity in geriatrics practice. *Uspekhi gerontologii*. 2011; 24 (2): 285–9 (in Russ.).]
- Кампос А.Д., Фахрудинова Э.Р. Геронтофобия как обесценивание человека: социально-философский анализ. *Клин геронтол*. 2017; 9–10: [Kampos A.D., Fahrudinova E.R. Gerontophobia as the depreciation of man: socio-philosophical analysis. *Klin gerontol*. 2017; 9–10 (in Russ.).] Доступно по / Available at: <https://kg.newdiamed.ru/issue/id39227/id40385>
- Applewhite A. If you care about equality, fight ageism – just as you fight sexism and racism. Britain's most trusted digital news brand. Monday March 4th. 2019. URL: https://inews.co.uk/opinion/ageism-manifesto-movement/amp/?__twitter_impression=true
- Hatfield S. As Prince Philip's accident shows, casual ageism is the last acceptable form of discrimination. Britain's most trusted digital news brand. Sunday January 20th 2019. URL: https://inews.co.uk/opinion/comment/prince-philip-casual-ageism-discrimination/amp/?__twitter_impression=true
- Petrow S. Am I 'Old'? The New York Times. 2018; Dec. 13. URL: https://www.nytimes.com/2018/12/13/well/mind/age-aging-old-young-psychology.amp.html?__twitter_impression=true
- Applewhite A. What Is Ageism – and How Can We End It? URL: <https://celadonbooks.com/what-is-ageism/>
- Ageism is alive and well. But we can change the conversation. Centre for Ageing Better. 26 Apr 2019. URL: <https://www.ageing-better.org.uk/news/ageism-alive-and-well-we-can-change-conversation>
- Cook L. Ageism in the workplace 'starts at 40' for women. Financial times. 2018; Dec. 21. URL: https://amp.ft.com/content/e4141576-04eb-11e9-99df-6183d3002ee1?__twitter_impression=true
- Cimons M. Will you really need a geriatrician when you're 65? The Washington Post. 2018; Dec. 8. URL: https://www.washingtonpost.com/amhtml/national/health-science/will-you-really-need-a-geriatrician-when-youre-65/2018/12/07/7c31f8ee-f364-11e8-80d0-f7e1948d55f4_story.html?__twitter_impression=true
- Ильницкий А., Позднякова Н., Носкова И. Здоровое старение. *КиберЛенинка*. [Il'nitskiy A., Pozdnyakova N., Noskova I. Zdorovoe starenie. *KiberLeninka* (in Russ.).] Доступно по / Available at: <https://cyberleninka.ru/article/n/zdorovoe-starenie>
- Applewhite A. Eight surprising facts about getting old in America. New York post. 2019; March 9. URL: https://nypost.com/2019/03/09/eight-surprising-facts-about-getting-old-in-america/amp/?__twitter_impression=true
- Hekmat-Panah J. "Elderly" – an outdated and potentially harmful term. 2019; March 1. URL: <https://blogs.bmj.com/bmj/2019/03/01/javad-hekmat-panahelderly-outdated-potentially-harmful-term/>
- Avers D., Brown M., Chui Kevin K. et al. Use of the Term "Elderly". *J Geriatric Physical Ther*. 2011; 34 (4): 153–4. DOI: 10.1519/JPT.0b013e31823ab7ec
- Ильницкий А.Н., Позднякова Н.М., Коршун Е.И. Старение мозга и когнитивный дефицит. Раннее выявление, подходы к лечению и реабилитации. *Мед вестн*. 28.04.17 [Il'nitskiy A.N., Pozdnyakova N.M., Korshun E.I. Starenie mozga i kognitivnyi defitsit. Rannee vyavlenie, podkhody k lecheniyu i reabilitatsii. *Med vestn*. 28.04.17 (in Russ.).] Доступно по / Available at: <https://medvestnik.ru/content/medarticles/Starenie-mozga-i-kognitivnyi-deficit-Rannee-vyavlenie-podhody-k-lecheniyu-i-reabilitacii.html>
- Тополянская С.В., Гусев И.А. Саркопения в старческом возрасте. *Мед алфавит*. 2017; 1 (8): 35–40 [Topolyanskaya S.V., Gusev I.A. Sarcopenia in very elderly patients. *Med alfavit*. 2017; 1 (8): 35–40 (in Russ.).]
- Ильницкий А., Прощаев К., Варавина Л. и др. Синдром старческой астении (FRAILTY): клиника, диагностика, лечение, профилактика. *Врач*. 2014; 6: 3–5 [Il'nitskiy A., Proshchaev K., Varavina L. et al. Senile asthenia (frailty) syndrome: clinical picture, diagnosis, treatment, prevention. *Vrach*. 2014; 6: 3–5 (in Russ.).]
- Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Коршун Е.И. Клеточные хроноблокаторы и старение головного мозга. *Геронтология*. 2017; 5 (1): 104–12 [Il'nitskiy A.N., Proshchaev K.I., Korshun E.I. Cellular chrono blockers and the aging of the brain. *Gerontology*. 2017; 5 (1): 104–12 (in Russ.).] Доступно по / Available at: <http://www.gerontology.su/magazines?text=231>
- Ильницкий А.Н., Борисов О.А. Качество жизни больных с возрастным андрогенным дефицитом и хронической обструктивной болезнью легких. *Мат-лы росс.-укр. мед. конф. Харьков, 2010; 27* [Il'nitskiy A.N., Borisov O.A. Kachestvo zhizni bol'nyh s vozrastnym androgennym defitsitom i hronicheskoy obstruktivnoy boleznyu legkih. *Mater. Ross.-ukr. medicinskoj konf. Har'kov, 2010; 27* (in Russ.).]
- Marzetti E., Calvani R., Tosato M. et al. Sarcopenia: an overview. *Aging Clin Exp Res*. 2017; 29 (1): 11–7.
- Jakiel G., Makara-Studzinska M., Ciebiera M. et al. Andropause – state of the art 2015 and review of selected aspects. *Prz Menopauzalny*. 2015; 14 (1): 1–6.
- Sandher R., Aning J. Diagnosing and managing androgen deficiency in men. *Practitioner*. 2017; 261 (1803): 19–22.
- Fillo J., Breza J. Jr., Ondrusova M. et al. M. Results of long term testosterone replacement therapy in men with abdominal obesity, erectile dysfunction and testosterone deficiency. *Bratisl Lek Listy*. 2018; 119 (9): 577–80. DOI: 10.4149/BLL_2018_061.
- Лопатина О.В., Балан В.Е., Ткачева О.Н. и др. Факторы женского здоровья с точки зрения старения репродуктивной системы и риска развития сердечно-сосудистых заболеваний. *Альманах клин медицины*. 2015; 37: 111–7 [Lopatina O.V., Balan V.E., Tkacheva O.N. et al. Factors of women's health from the perspective of reproductive ageing and risk of cardiovascular disorders. *Almanah klin mediciny*. – 2015; 37: 111–7 (in Russ.).]

25. Сметник В.П., Шестакова И.Г. Современные представления о менопаузальном метаболическом синдроме. *Consilium medicum*. 2003; 5 (9): 543–6 [Smetnik V.P., Shestakova I.G. Modern ideas of a menopausal metabolic syndrome. *Consilium medicum*. 2003; 5 (9): 543–6 [(in Russ.)].

26. Iorga A., Cunningham C., Moazeni S. et al. The protective role of estrogen and estrogen receptors in cardiovascular disease and the controversial use of estrogen therapy. *Biol Sex Differ*. 2017; 8 (1): 33.

27. Keohane K., Grace V. What is 'Alzheimer's Disease'? The 'Auguste D' Case Re-opened. *Cult Med Psychiatry*. 2019; 43 (2): 336–59.

28. Lane C., Hardy J., Schott J. Alzheimer's disease. *Eur J Neurol*. 2018; 25 (1): 59–70.

29. Godwin R. Age is no barrier: meet the world's oldest top athletes. *The Guardian*. 2019; Sun. 7 Apr. URL: <https://amp.theguardian.com/global/2019/apr/07/age-is-no-barrier-meet-the-oldest-top-athletes#click=https://t.co/3rJxKqWdfS>

30. Miao J., Quan X., Zhang C. et al. Comparison of two malnutrition risk screening tools with nutritional biochemical parameters, BMI and length of stay in Chinese geriatric inpatients: a multicenter, cross-sectional study. *BMJ Open*. 2019; 9 (2). <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022993>

31. Maoyang L., Zhao W. Linking gut microbiota to aging process: a new target for anti-aging. *Food Science and Human Wellness*. 2018; 7: 111–119.

32. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Коршун Е.И. и др. Метабиотики в профилактике возрастной патологии. Метод. рекомендации для врачей лечебных специальностей. М., 2019; 24. [Il'nitskiy A.N., Proshchaev K.I., Korshun E.I. et al. Metabiotiki v profilaktike vozrastnoj patologii: Metod. rekomendacii dlya vrachej lechebnyh special'nostej. M., 2019; 24 (in Russ.)].

ANTIAGEISM AS THE MODERN PARADIGM CLINICAL MEDICINE AND HEALTHCARE

Yu. Mezinovskiy¹, A. Mezinovsky¹, Professor O. Kuzminov², MD

¹ООО «GLMed», Moscow

²Belgorod state national research University

Ageism has a negative impact on human health. It is a form of human discrimination. At the same time, anti-aging is developing, which is gradually becoming a paradigm of clinical medicine and health care, aimed at maintaining good functionality at any age in the context of the concept of healthy aging.

Key words: aging, ageism, anti-ageism, anti-age, pro-age.

For citation: Mezinovskiy Yu., Mezinovsky A., Kuzminov O. Antiageism as the modern paradigm clinical medicine and healthcare. *Vrach*. 2021; 32 (1): 74–80.

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-01-15>