

УДК: 612.67:615.825: 61:575

**ПРЕВЕНТИВНАЯ МЕДИЦИНА, ОСНОВАННАЯ НА ДОКАЗАТЕЛЬСТВАХ,
КАК ОСНОВА БЕЗОПАСНОСТИ В КОСМЕТОЛОГИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ**

¹Резник А.В.

²Шарова А.А.

^{1,3}Прощаев К.И.

^{1,3}Ильницкий А.Н.

^{1,3}Коршун Е.И.

¹АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва, Россия (125319, г Москва, ул 1-я Аэропортовская, д 6, пом VI, комн 1-4), e-mail: nimcgerontologija@mail.ru

²Российский национальный исследовательский медицинский университет имени Н.И. Пирогова Минздрава России (117997, г. Москва, ул. Островитянова, д. 1), e-mail: rsmu@rsmu.ru

³Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение дополнительного профессионального образования «Институт повышения квалификации» Федерального медико-биологического агентства (125371, г. Москва, Волоколамское шоссе, д. 91), e-mail: opk@medprofedu.ru

Резюме. В статье рассматривается проблема доказательности в гериатрии и превентивной медицине в практике врача-косметолога. Показано, что доказательная превентивная медицина подразумевает объединение индивидуального практического опыта различных специалистов с наилучшими и независимыми научными доказательствами из систематизированных исследований. В данной статье обоснована позиция о том, что создание руководств, методических пособий, инструкций, рекомендаций на основе изложенных принципов и реализация этих принципов в практике работы различных специалистов геронтологической службы будет способствовать повышению качества геронтологической помощи, повышению ее безопасности, созданию функциональной среды, дружественной пожилым людям, что в итоге повысит качество жизни и степень независимости жизни людей в старшем возрасте. Также в рамках данной статьи отмечено, что доказательная превентивная медицина является основой для обеспечения безопасности специалистов в косметологической практике.

Ключевые слова: врач - косметолог, гериатрия, доказательная медицина, геронтология, пожилые люди, качество помощи, безопасность, превентивная медицина.

**PREVENTIVE MEDICINE, BASED ON EVIDENCE AS THE BASIS OF SAFETY IN
COSMETOLOGIST PRACTICE**

¹Reznik A.V.

²Sharova A.A.

^{1,3}Prashchayeu K.I.

^{1,3}Il'nicki A.N.

^{1,3}Korshun E.I.

¹ANO "Research Medical Center, "Gerontology", Moscow, Russia, (125319, Moscow, 1-ya Aeroportovskaya, d 6, pom VI, room 1-4), e-mail: info@gerontology.ru

² Russian national research medical University named after N.I. Pirogov Ministry of health of Russia (117997, Moscow, Ostrovityanova str., 1), e-mail: rsmu@rsmu.ru

³ Federal state budgetary educational institution of additional professional education "training Institute" Federal mediko-biological Agency (125371, Moscow, Volokolamsk highway, d. 91), e-mail: opk@medprofedu.ru

Summary. The article deals with the problem of evidence in geriatrics and preventive medicine in the practice of a cosmetologist. It is shown that evidence-based preventive medicine involves combining individual practical experience of various experts and independent scientific evidence from systematic research. The article substantiates the position that the production of guidelines, manuals, instructions, and recommendations based on the above principles and the implementation of these principles in the practical work of various specialists gerontological services will contribute to improving the quality of gerontological care, security, creating a functional environment which is friendly to elderly people, which will ultimately improve the quality of life and level of independence of people's lives in older age. Also in this article it is shown that evidence-based preventive medicine is the basis for security professionals in cosmetic practice.

Keywords: cosmetologist, geriatrics, evidence-based medicine, gerontology, older people, quality of care, safety, preventive medicine.

Актуальность темы. Современное здравоохранение переживает период поиска новых способов внедрения медицинских профилактических технологий. Это связано с тем, что настоящие существующие механизмы достигли своего максимума в оказании качества помощи, направлены на общую популяцию и, в основном, исключают индивидуализированный подход [1,2,5]. Новая парадигма развития общества нуждается в разработке инновационных медицинских превентивных и оздоровительно-восстановительных технологий, основным направлением которых будет не только повышение потенциала здоровья, замедление процессов старения, получение качественной комплексной медицинской помощи по профилактике преждевременного старения и развития возраст-ассоциированных заболеваний, но и достижение желаемого качества жизни и эстетического компонента в виде соответствия внешнего вида индивидуума его социальному, профессиональному и психологическому статусу [3,4,7].

По данным документа Минэкономразвития Российской Федерации «Прогноз долгосрочного социально-экономического развития Российской Федерации на период до 2030 года», утвержденного Постановлением

Правительства РФ от 11.11.2015, N 1218, к ключевым научно-технологическим трендам, способствующим социально-экономическому развитию Российской Федерации, относится внедрение технологий индивидуальной превентивной медицины. Задачи современной медицины соответствуют положениям этого документа и сводятся к персонифицированному подходу к каждому пациенту с использованием инновационных превентивных геронтологических технологий, включающих в себя диагностику, профилактику, лечение заболеваний, которые базируются на результатах доказательной медицины [Минэкономразвития РФ, 2013] [6,8].

Все чаще специалистами, которые становятся первичным звеном при обращении пациентов, выступают специалисты эстетической медицины, в частности, врачи-косметологи. Именно от этих специалистов часто пациенты ждут превентивных рекомендаций по здоровью. Поэтому важная роль отводится обеспечению безопасности таких специалистов, основу которой составляет доказательная медицина [2,3,7,8,9].

Какова современная стратегия превентивной медицины, основанной на доказательствах?

В 21 веке наблюдается интеграция различных служб, оказывающих помощь людям пожилого и старческого возраста.

Первые концепции необходимости использования доказательной базы появились именно в медицине и были сформулированы в Великобритании и Канаде в конце XIX века [3, 7, 8, 9, 10]. В основе этих концепций лежало положение о том, что практические врачи должны опираться не только на собственный опыт, интуицию и данные медицинских дискуссий при принятии диагностических и лечебных решений [12, 13, 14], но и руководствоваться результатами качественных клинических исследований. Первым специалистом, который разработал алгоритм поиска и оценки качества научных публикаций, был британский эпидемиолог Арчи Кокран

(Archy Cochrane). Он предложил первые критерии достоверности исследований, идентификации основных причин ошибочных результатов и выводов [10,11,13]. С тех пор медицина прошла большой путь в области разработки и внедрения принципов доказательности. Вместе с тем, в области социальной работы, психологии, организации помощи также высказывались и высказываются мнения о необходимости опираться на качественные исследования и доказанные факты, однако такой стройной системы в области доказательств, как в медицине, пока в этих областях не выстроено. На наш взгляд, превентивная медицина для эффективного дальнейшего развития должна вобрать в себя лучший опыт в области медицины, основанной на доказательствах.

Главная задача при работе с пожилыми людьми, согласно новой парадигме Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), декларируемой в программе «Декада здорового старения 2020-2030» – это обеспечение здорового старения. При том подчеркивается, что здоровое старение – не означает старение без болезней, здоровое старение может сопровождаться самыми разными заболеваниями. В этой связи особую важность приобретает среда, окружающая человека, так как при комфортной среде повышается функциональность человека, который не ощущает разницы со здоровым человеком.

Таким образом, в основе современной геронтологической помощи основу составляет превентивная медицина. Необходимо оценивать, сопоставлять и работать с тремя ведущими составляющими: статусом пожилого человека, средой и функциональностью пожилого человека. Под статусом понимается состояние здоровья (например, синдром старческой астении и другие гериатрические синдромы). Среда – это внешние условия, в которых находится пожилой человек (характеристики медицинских и социальных служб, терапевтичность, безопасность и безбарьерность среды, моральный микроклимат и пр.). Под функциональностью понимают

возможность активной жизни при наличии заболеваний путем создания комфортной среды. Вышесказанное приводит к пониманию того, что с современных позиций здоровое старение – это обеспечение функциональности. Все эти параметры необходимо учитывать в косметологической практике, чтобы обезопасить врачей-косметологов от неудовлетворённости пациентов объёмом и качеством оказываемой помощи [1,2,15,16].

Исходя из этого, превентивная медицина – это совокупность медицинских, социальных, психологических и иных мероприятий, направленных на обеспечение здорового старения и профилактику развития патологий во взаимосвязи со статусом пожилого человека, окружающей его средой и функциональностью. Теоретически в превентивной медицине, услуги которой оказывают помимо общеклинических специалистов, также врачи-косметологи, можно выделить две основные составляющие: медицинскую помощь и психологическую помощь. Однако практически это сделать крайне сложно. Поэтому для оказания полноценной помощи и достижения удовлетворённости пациента необходимо основываться на доказательствах при оказании превентивной помощи в косметологической практике [2,17,19].

Почему принципы доказательности важны в косметологической практике?

В настоящее время при оказании услуг превентивной медицины в косметологической практике используется большой набор методов, методик, средств и приемов, при этом их используют специалисты различного профиля и уровня подготовки. В этой связи необходимо их научное обоснование. В основе научного обоснования должны лежать принципы доказательности. Отметим, что в медицине к настоящему времени это направление широко развито, прежде всего, применимо к фармакологическим методам оказания помощи. Согласно определения

Evidence Based Medicine Working Group, медицина, основанная на доказательствах (Evidence-based medicine) — это раздел медицины, основанный на доказательствах, предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов. По аналогии можно сказать, что превентивная медицина, основанная на доказательствах, или доказательная геронтология (Evidence based gerontological aid, Evidence based gerontology) – это раздел геронтологии, основанный на доказательствах, предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств эффективности методов, методик, средств и приемов превентивной геронтологической помощи в интересах пожилого человека.

Необходимость использования принципов доказательности в косметологии и превентивной геронтологической медицине диктуется следующими положениями:

- увеличение количество пожилых людей и их доли в обществе и, соответственно, рост расходов на здравоохранение и социальную помощь. Это приводит к появлению необходимости выбирать из множества методов более дешевые и в то же время обладающие большей эффективностью;
- увеличение рисков для пожилых людей в современном обществе, что диктует необходимость применения наиболее безопасных и переносимых методов;
- резкое увеличение потока информации, в результате чего специалист, оказывающий геронтологическую помощь, теряет способность индивидуально разобраться и дать оценку эффективности и безопасности предлагаемых методов;
- повышенное стремление современного общества к улучшению эстетического вида;

- чрезмерное увлечение «омоложением» среди лиц как женского, так и мужского пола [2, 4, 11, 18].

Что требует доказательств в превентивной геронтологической медицине в косметологической практике?

Во-первых, это методы и методики, непосредственно связанные с воздействием на организм человека, а именно, диагностические, например: является ли динамометрия кисти доказательным методом диагностики саркопении или является ли дерматопороз проявлением остеопороза?

Во-вторых, лечебные проводимые мероприятия, например: целесообразно ли назначение статинов у людей старше 80 лет или какое количество оперативных вмешательств по поводу пластики лица допустимо в возрасте после 60 лет?

В –третьих, реабилитационные, например: является ли изучение иностранных языков средством реабилитации при когнитивных расстройствах в косметологической практике?

В –четвёртых, профилактические, например: являются ли анаэробные нагрузки средством профилактики саркопении или влияют ли геропротекторы на замедление процессов преждевременного старения?

Также следует оценивать с позиций доказательности приемы создания окружающей среды по критериям терапевтичности, безопасности и безбарьерности, например: влияет ли цвет стен в комнатах для проживания на моральный и когнитивный статус пожилых людей, что в дальнейшем может отразиться на неудовлетворённости пациентом оказываемой косметологической помощи?

Необходимо оценивать с позиций доказательности формы и средства организации превентивной помощи. И, наконец, доказательности подлежат формы, программы, приемы, методы и средства обучения специалистов эстетической медицины [2, 4, 6, 8, 9, 11, 18].

Какие степени доказательности можно использовать в превентивной медицине в косметологической практике?

В медицине используется рейтинговая система оценки клинических исследований, где с возрастанием порядкового номера доказательности качество клинических исследований снижается. Уровни принято обозначать римскими цифрами (I, II, III, IV) или буквами латинского алфавита (A, B, C, D). Цифры обозначают уровень доказательности результатов научных исследований. Буквы обозначают уровень доказательности принятых рекомендаций.

- Класс (уровень) I (A): большие двойные слепые плацебоконтролируемые исследования, а также данные, полученные при мета-анализе нескольких рандомизированных контролируемых исследований.
- Класс (уровень) II (B): небольшие рандомизированные контролируемые исследования, в которых статистические расчёты проводятся на ограниченном числе пациентов.
- Класс (уровень) III (C): нерандомизированные клинические исследования на ограниченном количестве пациентов.
- Класс (уровень) IV (D): выработка группой экспертов консенсуса по определённой проблеме.

Нам представляется, что этот подход, апробированный и хорошо зарекомендовавший себя в медицине, как раз и может быть применен в превентивной медицине, основанной на доказательствах, в косметологической практике.

Заключение

Современное общество стремится к сохранности здоровья с молодых лет и эстетическому улучшению внешнего вида. Для пациентов разных возрастов, в том числе молодого и среднего возраста, специалист эстетической медицины часто становится первичным звеном, способным

оказать превентивную медицинскую помощь. В заключение необходимо отметить, что доказательная превентивная медицина предполагает объединение индивидуального практического опыта различных специалистов с наилучшими и независимыми научными доказательствами из систематизированных исследований. Создание руководств, методических пособий, инструкций, рекомендаций на основе изложенных принципов и реализация этих принципов в практике работы различных специалистов геронтологической службы будет способствовать повышению качества косметологической помощи, повышению ее безопасности, созданию функциональной среды, что в итоге повысит качество жизни и степень независимости жизни людей в старшем возрасте.

Список литературы

1. Авдеев С.Н. Руководство по геронтологии и гериатрии. Клиническая гериатрия. Авдеев С.Н., Аникин В.В., Анохин В.Н. и др. / Под ред. В.Н. Ярыгина, А.С. Мелентьева. -2010. -896 с.
2. Багненко Е.С. Структура отношений «клиент-врач» в косметологической клинике /Е.С. Багненко //Актуальные проблемы психосоматики в общемедицинской практике. – СПб. 2010. – Вып.10. – С. 17 - 20.
3. Гаврилов М.А., Донцов В.И., Крутько В.Н. Антивозрастная медицина: практический курс. - М.: «Цифровичок». 2013. - 200 с.
4. Глушанко В.С. Научное обоснование подходов к организации системы контроля качества и эффективности медицинской помощи в учреждениях различного профиля/ В.С. Глушанко // Проблемы современной медицины и фармации: Тез. докл. 53-й науч. сессии ВГМИ – Витебск, 1998. – Т. П. – С. 187.
5. Глушанко В.С. Организационно-методические основы оптимизации медицинских технологий / В.С. Глушанко // Первый съезд врачей Республики Беларусь: Тез. докл. – Минск, 1998. – С. 194-195.
6. Кантемирова Р.К. Фармакотерапия в гериатрической практике.- СПб. : СпецЛит, 2010. -160с.
7. Котельников Г. П., Яковлев О. Г., Захарова Н. О. Геронтология и гериатрия.: Учебник. — Москва, 1997. - 800 с.

8. Рубан Э.Д. Терапия: лечение пациента терапевтического профиля - 2011. -667 с.
9. Рыжак Г.А., Королькова Т.Н., Войтон Е.В. Геронтокосметология: профилактика и коррекция возрастных изменений кожи – Спб.: ООО «Фирма Коста». – 2006. – 160 с.
10. Aguirre-Raya K, Castilla-Peón M, Barajas-Nava L. Self-perception and knowledge of evidence based medicine by physicians// BMC Med Educ. 2016- №16-p.166.
11. Beckmann J, Lew D. Reconciling evidence-based medicine and precision medicine in the era of big data: challenges and opportunities// Genome Med. -2016 -№ 19;8(1)-p.134.
12. Bergh A, Grimbeek J, May W. Measurement of perceptions of educational environment in evidence-based medicine// Evid Based Med. -2014 - №19(4)-p.123-131.
13. Biffi W, Biffi S. Rehabilitation of the geriatric surgical patient: predicting needs and optimizing outcomes// Surg Clin North Am. 2015- №95(1)-p.173-190.
14. Hisham R, Liew S, Ng C, Mohd Nor K. Rural Doctors' Views on and Experiences with Evidence-Based Medicine: The FrEEDoM Qualitative Study// PLoS One. 2016- №11(3)-p. 15-26.
15. Jamour M, Marburger C, Runge M, Sieber C, Tümena T, Swoboda W. Effectiveness of geriatric rehabilitation in the oldest old: evaluation of South German observational data// Clin Rehabil.- 2015 - № 29(9)-p. 892-906.
16. Jonathan C. Craig, Les M. Irwig, Martin R. Evidence-based medicine: useful tools for decision making - 2001-Medical Journal of Australia -№ 174, p. 248—253.
17. Kool J, Oesch P, Bachmann S. Predictors for living at home after geriatric inpatient rehabilitation: A prospective cohort study//Gerontol Geriatr.- 2014 - №47(5)-p.389-396.
18. Lahtinen A, Leppilahti J, Harmainen S. Geriatric and physically oriented rehabilitation improves the ability of independent living and physical rehabilitation reduces mortality: a randomised comparison of 538 patients//J Rehabil Med. -2017 - №49(2)-p.185-190.
19. Price A, Djulbegovic B, Biswas R, Chatterjee P. Evidence-based medicine meets person-centred care: a collaborative perspective on the relationship// J Eval Clin Pract. -2015- №21(6)-p. 1047-1051.
20. Ramirez B. Correlation of self-assessment with attendance in an evidence-based medicine course//Adv Physiol Educ.- 2015 - №39(4)-p. 378-382.

References

1. Avdeev S.N. Rukovodstvo po gerontologii i geriatrii. Klinicheskaja geriatrija. Avdeev S.N., Anikin V.V., Anohin V.N. i dr. / Pod red. V.N. Jarygina, A.S. Melent'eva. -2010. -896 s.

2. Bagnenko E.S. Struktura otnoshenij «klient-vrach» v kosmetologicheskoy klinike /E.S. Bagnenko //Aktual'nye problemy psihosomatiki v obshhemedicinskoj praktike. – SPb. 2010. – Vyp.10. – S. 17 - 20.
3. Gavrilov M.A., Doncov V.I., Krut'ko V.N. Antivozrastnaja medicina: prakticheskij kurs. - M.: «Cifrovichok». 2013. - 200 s.
4. Glushanko B.C. Nauchnoe obosnovanie podhodov k organizacii sistemy kontrolja kachestva i jeffektivnosti medicinskoj pomoshhi v uchrezhdenijah razlichnogo profilja/ V.S. Glushanko // Problemy sovremennoj mediciny i farmacii: Tez. dokl. 53-j nauch. sessii VGMI – Vitebsk, 1998. – T. P. – S. 187.
5. Glushanko B.C. Organizacionno-metodicheskie osnovy optimizacii medicinskih tehnologij / V.S. Glushanko // Pervyj s#ezd vrachej Respubliki Belarus': Tez. dokl. – Minsk, 1998. – S. 194-195.
6. Kantemirova R.K. Farmakoterapija v geriatricheskoy praktike.- SPb. : SpecLit, 2010. -160s.
7. Kotel'nikov G. P., Jakovlev O. G., Zaharova N. O. Gerontologija i geriatrija.: Uchebnik. — Moskva, 1997. - 800 s.
8. Ruban Je.D. Terapija: lechenie pacienta terapevticheskogo profilja - 2011. -667 s.
9. Ryzhak G.A., Korol'kova T.N., Vojton E.V. Gerontokosmetologija: profilaktika i korekcija vozrastnyh izmenenij kozhi – Spb.: ООО «Firma Kosta». – 2006. – 160 s.
10. Aguirre-Raya K, Castilla-Peón M, Barajas-Nava L. Self-perception and knowledge of evidence based medicine by physicians// BMC Med Educ. 2016- №16-p.166.
11. Beckmann J, Lew D. Reconciling evidence-based medicine and precision medicine in the era of big data: challenges and opportunities// Genome Med. -2016 -№ 19;8(1)-p.134.
12. Bergh A, Grimbeek J, May W. Measurement of perceptions of educational environment in evidence-based medicine// Evid Based Med. -2014 - №19(4)-p.123-131.
13. Biffi W, Biffi S. Rehabilitation of the geriatric surgical patient: predicting needs and optimizing outcomes// Surg Clin North Am. 2015- №95(1)-p.173-190.
14. Hisham R, Liew S, Ng C, Mohd Nor K. Rural Doctors' Views on and Experiences with Evidence-Based Medicine: The FrEEDoM Qualitative Study// PLoS One. 2016- №11(3)-p. 15-26.
15. Jamour M, Marburger C, Runge M, Sieber C, Tümena T, Swoboda W. Effectiveness of geriatric rehabilitation in the oldest old: evaluation of South German observational data// Clin Rehabil.- 2015 - № 29(9)-p. 892-906.

15. Jonathan C. Craig, Les M. Irwig, Martin R. Evidence-based medicine: useful tools for decision making - 2001-Medical Journal of Australia -№ 174, p. 248—253.

16. Kool J, Oesch P, Bachmann S. Predictors for living at home after geriatric inpatient rehabilitation: A prospective cohort study//Gerontol Geriatr.- 2014 - №47(5)-p.389-396.

17. Lahtinen A, Leppilahti J, Harmainen S. Geriatric and physically oriented rehabilitation improves the ability of independent living and physical rehabilitation reduces mortality: a randomised comparison of 538 patients//J Rehabil Med. -2017 - №49(2)-p.185-190.

18. Price A, Djulbegovic B, Biswas R, Chatterjee P. Evidence-based medicine meets person-centred care: a collaborative perspective on the relationship// J Eval Clin Pract. -2015- №21(6)-p. 1047-1051.

19. Ramirez B. Correlation of self-assessment with attendance in an evidence-based medicine course//Adv Physiol Educ.- 2015 - №39(4)-p. 378-382.