

УДК 613.98

НАУЧНЫЕ ОСНОВЫ ЭСТЕТИЧЕСКОЙ ГЕРОНТОЛОГИИ

Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Галкина И.Ю.

*АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология» (г.Москва)
Академия постдипломного образования Федерального научно-клинического центра
ФМБА (г.Москва)*

В статье представлены рассуждения авторов о современных трендах развития геронтологии и гериатрии, понятия о здоровом старении, индивидуальной жизнеспособности и среде проживания. Обоснована целесообразность выделения нового домена индивидуальной жизнеспособности – эстетического, что потенциально может явиться основой формирования нового междисциплинарного направления эстетической геронтологии.

Ключевые слова: здоровое старение, индивидуальная жизнеспособность, эстетика, эстетическая геронтология

SCIENTIFIC FOUNDATIONS OF AESTHETIC GERONTOLOGY

Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Галкина И.Ю.

*ANO "Research Medical Center "Gerontology" (Moscow)
Academy of Postgraduate Education of the Federal Scientific and Clinical Center of the
Federal Medical and Biological Agency (Moscow)*

The article presents the authors' reflections on the current trends in the development of gerontology and geriatrics, the concepts of healthy aging, intrinsic capacity and living environment. The expediency of allocating a new domain of intrinsic capacity – aesthetic – is substantiated, which can potentially serve as the basis for the formation of a new interdisciplinary field of aesthetic gerontology.

Keywords: healthy aging, intrinsic capacity, aesthetics, aesthetic gerontology

Направления развития современной геронтологии и гериатрии можно разделить на две части. Одна, традиционная, охватывает классические представления о диагностике, лечении и реабилитации заболеваний с позиций русской терапевтической школы. То есть тактика ведения пациента гериатрического профиля заключается в расспросе, традиционном физикальном осмотре, формировании на этой основе диагностической концепции, которая включает в себе основу клинического (у постели больного) диагноза, которая в последующем подтверждается и уточняется лабораторными и инструментальными методами, вклад которых является важным, но все же не основным. После установления диагноза назначаются меры лечения и реабилитации, которые также носят традиционный характер, то есть направлены на

патогенетические особенности заболевания, купирование его симптомов и, если возможно, проведение этиотропной терапии. Принципы лечения пациентов старших возрастных групп достаточно хорошо разработаны и основаны на концепции безопасности/эффективности, применении уменьшенных доз препаратов в связи с возрастными физиологическими особенностями, избегании полипрагмазии с большим количеством побочных эффектов, контроле приема препаратов при наличии когнитивных нарушений и пр. Описанные подходы являются общетерапевтическими, с ними хорошо знакомы интернисты, которые применяют их в своей практике.

Известно, что после 60 – 65 лет в среднем у современного человека развивается от 6 до 8 хронических заболеваний, их необходимо выявлять и лечить в соответствии с изложенными нами выше традиционными клиническими общетерапевтическими подходами.

Вторая часть клинической геронтологии и гериатрии является довольно новой, она насчитывает не более двадцати лет, и основана на прогностически-профилактическом принципе. В данном контексте важно выявить состояния независимости и автономии пациента, а также уточнить прогноз, понимая какие именно факторы способны привести к снижению независимости в повседневной жизни и составить индивидуальный план профилактических мероприятий. Основанием для оценки автономии пожилого пациента являются гериатрические синдромы, которые делятся на три группы – соматические (например, синдром падений, недостаточности питания, саркопения), психические (наиболее часто встречаются тревожно-депрессивный синдром, различные виды деменций, делирий), а также социальные (одиночества и социальной изоляции, насилия над стариками и другие). Выявление гериатрических синдромов проводится на основании совокупности опросников и шкал, что составляет модификацию анамнестического метода и получило название комплексной гериатрической оценки. Интегральным синдромом, который в наибольшей степени описывает уязвимость гериатрического пациента, получил название старческой астении. Он носит обратимый характер и при грамотно составленном индивидуальном плане ведения пациенты могут стать менее уязвимыми, более «крепкими» с точки зрения повседневных активностей. Подобный подход не является уникальным, аналогичные принципы действуют в системе медицинской реабилитации, когда врач-реабилитолог при помощи опросников и шкал оценивает последствия болезни, например, инсульта, составляет план реабилитации, привлекая команду специалистов,

причем все усилия направлены на достижение хорошей функциональной способности, независимости и автономии в повседневной жизни. В экстренной медицине подобное выявление потенциальных проблем принято в анестезиологии-реаниматологии, то есть все три перечисленные специальности характеризуются синдромальным подходом к пациенту.

Однако в отличие от других медицинских специальностей у гериатрии есть одна принципиальная особенность. Она заключается в том, что впервые в истории человечества в связи с кумуляцией группы факторов, которые затрагивают буквально каждого человека в популяции, произошел резкий скачок средней ожидаемой продолжительности жизни при рождении. Среди этих факторов можно выделить следующие: прерывание цепочек передачи возбудителей инфекционных заболеваний в связи с массовым внедрением методов очистки воды, консервации продуктов, вакцинацией, а также появление в 20 веке новых медицинских технологий, развитие службы переливания крови, улучшение акушерской помощи, появление антибиотиков и длительный безвоенный период. Благодаря этим факторам человек как биологический вид получил от 20 до 30 дополнительных лет жизни за чрезвычайно с исторической точки зрения короткий период.

Специалисты заметили, что эти новые, дополнительные годы к жизни с точки зрения здоровья имеют особенности, например, появились новые ранее неизвестные болезни. К этим болезням можно отнести саркопению (возрастное поражение поперечнополосатой мышечной ткани), новые виды деменций, социальную изоляцию и одиночество (возрастное поражение социальных связей, снижение их количества и качества) и пр. По поводу некоторых новых болезней в настоящее время идет дискуссия, непонятно к какой категории их относить – возрастной нормы или патологии. Например, саркопения. С одной стороны с возрастом происходит закономерное снижение силы и объема мышечной ткани, но с другой это снижает качество повседневного функционирования. Если считать, что саркопения это вариант нормы, но здесь должна применяться одна тактика – массовые рекомендации по питанию и упражнениям с сопротивлением. Однако если отнести саркопению к разряду заболеваний, то сразу же возникает проблема ее медикаментозного лечения, а за этим стоит комплекс совершенно иных задач, от разработки препаратов до их клинического внедрения, что в совокупности означает совершенно иные затраты.

То есть в связи с таким весомым увеличением продолжительности жизни мы получили «дополнительные» годы к жизни, но они являются также неизвестными, мало обжитыми и плохо изученными с медицинской точки зрения.

В ответ на отписанные запросы и вызовы Всемирная организация здравоохранения в 2015 году издала первый технический доклад по проблемам старения, в котором очертила принципиальное отношение к «дополнительным» годам к жизни. Впервые было введено понятие «здоровое» старение, которое означает не старение без болезней, но старение с хорошей функциональной способностью.

Концепция «здорового» старения подразумевает наличие хорошей функциональности, которая складывается из индивидуальной жизнеспособности (состояние здоровья гериатрического пациента) и среды, в которой он проживает. Внедрение этих новых терминов нужно было не только для того, чтобы описать текущее состояние пациента, но также и для понимания путей изучения старения, которое должно осуществляться не хаотично, а по определенным позициям.

Индивидуальная жизнеспособность состоит из доменов, то есть из характеристик человека, которые описывают его ежедневное функционирование. К доменам индивидуальной жизнеспособности относят следующие: когнитивный (память, внимание, способность к самоконтролю и пр.), двигательный (состояние передвижения, способность перемещать тело и грузы), соматический (заболевания, протекающие с воспалением, повышением оксидативного фона, эпигенетическим дрейфом и пр.), витальный (состояние аппетита, питание), психологический (восприятие старения, способность адаптироваться к критическим точкам старения), сенсорный (состояние слуха, зрения, обоняния и пр.).

К среде обитания относят физические и психологические составляющие. Физические составляющие складываются из характеристик места жительства, которые не препятствуют нормальному передвижению. Они довольно многочисленны, например, отсутствие спусков на тротуарах могут мешать передвигаться в коляске, низкая транспортная доступность способна затруднить покупки в магазинах, проживание на высоком этаже без лифта может вызвать проблемы доступа к лекарствам в аптеке. Лечение заболеваний (улучшение здоровья в доменах индивидуальной жизнеспособности) и изменение физических компонентов среды проживания во многом улучшают функциональную способность пожилых пациентов.

В последние годы активно изучается вопрос влияния психологического аспекта среды проживания на состояние здоровья. Появился термин «про-эйдж среда», то есть наличие таких императивов в обществе, когда признание ценности пожилого человека становится обязательным, по мере старения у него не возникает ощущения ненужности, «выброшенности» на обочину, ощущения опасности в случае прихода того самого синдрома старческой астении, о котором мы писали выше. По мнению психологов, наличие про-эйдж среды способно снизить продукцию провоспалительных цитокинов, ослабить оксидативный стресс, снизить активность метилирования ДНК, уменьшить отягощенность эпигенетическим дрейфом, что приводит к более стабильному, неосложненному течению хронических заболеваний и увеличению в среднем на 7 лет продолжительности жизни в целом и здоровой жизни в частности. Понятно, что психологические компоненты среды проживания сцеплены с психологическим и соматическим доменом индивидуальной жизнеспособности. Однако при осмыслении этих взаимоотношений становится понятным, что с точки зрения запроса «массовой аудитории» старение является предметом боязни и неприятия еще и по причине изменения внешнего вида. В этой связи ряд специалистов высказывают уверенность в важности выделения эстетического домена индивидуальной жизнеспособности.

Эстетический домен индивидуальной жизнеспособности как основу эстетической геронтологии целесообразно рассматривать в контексте общегериатрических закономерностей, а также возрастных изменений кожи. Определение состояния кожи имеет решающее значение, так как позволяет выявить наличие функциональных и структурных изменений, вид (хроностарение, фотостарение) и тип старения (физиологическое, преждевременное, замедленное), оценить эффективность ранее проведенных косметологических и хирургических манипуляций.

Признание важности эстетического домена индивидуальной жизнеспособности приводит к необходимости актуализации проблем эстетической подготовки к возрастным изменениям, особенно в точках его ускорения. У женщин это ассоциировано с периодом перименопаузы и менопаузы. Резкое падение уровня эстрадиола проявляется развитием дисфункциональных нарушений соединительной ткани (сосудов, папиллярного и сетчатого слоев дермы, фибробластного дифферона, подкожно – жировой клетчатки). Изменения в эстетическом домене характеризуются быстро развивающимися дегенеративно-дистрофическими процессами во всех слоях кожи, костно-мышечной структуры лица и тела, что проявляется усугублением

эстетических дефектов, характерных для различных морфотипов старения кожи лица. Это часто приводит к замешательству, страху, психологическому дискомфорту, резкому повышению внимания к своей внешности, что обуславливает обострение интереса к возможностям эстетической медицины. Мужчины составляют немалую часть пациентов косметологов и пластических хирургов, особенно заметным является факт в последние годы количества пациентов 55 - 65 лет, что на фоне среднестатистического периода наступления возрастного андрогенного дефицита также сопровождается изменениями внешности.

Важным является развитие представлений об эстетическом домене у гериатрических пациентов, когда изменения здоровья в других доменах индивидуальной жизнеспособности влияют на внешний вид. Например, когнитивный – при когнитивных дефицитах нередко развивается синдром дефицита самоухода, соматический – при артритах деформируются суставы, что делает затруднительным ношение определенной обуви или одежды, при хронической сердечной недостаточности изменяется цвет ногтевого ложа, это стесняет пациентов, приводит к психологическому дискомфорту.

Таких примеров можно приводить много. Важным аспектом является частое развитие регионарных гериатрических синдромов, таких как возрастная кисть и возрастная стопа, которые не только снижают функциональную способность, но и обладают несомненным эстетическим значением. И это на фоне несомненного запроса общества на удовлетворительную эстетику внешнего вида в любом возрасте.

Таким образом, логика современного развития геронтологии и гериатрии заключается в улучшении функционального статуса пациентов, его поддержание на возможном уровне. Теоретической основой этого является концепция «здорового» старения, которая предлагается Всемирной организацией здравоохранения. Такой тип старения находится на стыке индивидуальной жизнеспособности и среды проживания. Как и всякая развивающаяся реалистичная концепция, данный подход должен реагировать на запросы общества, которое вне возраста высоко оценивает эстетические потенции человека, вполне вписывающееся в описанные принципы «здорового» старения. С данных позиций выделение эстетического домена индивидуальной жизнеспособности, его научное изучение, научное обоснование с позиций геронтологии, гериатрии и медицины здорового долголетия представляется важным,

перспективным и значимым, в том числе с точки зрения формирования такого междисциплинарного направления как эстетическая геронтология.