

РАННИЙ СКРИНИНГ ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-КОСМЕТОЛОГА

А. Шарова¹, кандидат медицинских наук,
А. Резник²

¹РНИМУ им. Н.И. Пирогова, Москва

²Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии

E-mail: aleca@mail.ru

Внедрение в ежедневную практику врача-косметолога несложных скрининговых тестов и исследований позволит на ранних этапах выявлять первые функциональные отклонения в состоянии здоровья пациентов и своевременно направлять их к профильным специалистам, а также выполнять профилактические мероприятия.

Ключевые слова: дерматокосметология, геронтология, гериатрические синдромы, первичный прием.

В последние десятилетия проблемы контроля над возрастными изменениями, предупреждение состояний и заболеваний, связанных со старением, перестали быть прерогативой геронтологов. Антивозрастная медицина привлекает врачей и других специальностей.

Превентивная гериатрия (антивозрастная медицина) — новое междисциплинарное направление медицинской науки и практики. Ее задачами являются раннее выявление, профилактика и лечение клинических состояний и заболеваний, ассоциированных с возрастом.

Все чаще в роли первичного звена при обращении пациентов выступают врачи-косметологи. Обращаясь для устранения тех или иных эстетических недостатков, пациенты ждут от косметолога и превентивных рекомендаций по сохранению здоровья. Следует учитывать, что пациенты сегодня крайне редко проходят мониторинг текущего состояния здоровья, а обращаются за медицинской помощью только в случае возникновения явных клинических симптомов заболеваний. Поэтому ранняя диагностика возраст-ассоциированных состояний, определение групп риска и направление на дальнейшую диагностику к профильным специалистам ложатся на плечи врачей-косметологов.

На сегодня известно более 65 гериатрических синдромов, развитие которых приводит к преждевременному старению и старческой астении. К наиболее значимым из них относят синдром возрастного гормонального дефицита, саркопению, метаболический синдром (МС), сенильный остеопороз, синдром мальнотриции, когнитивные расстройства. Далее представлены алгоритмы раннего скрининга указанных гериатрических синдромов, с

которыми может столкнуться врач — специалист по эстетической медицине.

СИНДРОМ ВОЗРАСТНОГО ГОРМОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА

Эндокринная система претерпевает значительные изменения по мере старения организма. Наиболее ярко это проявляется в старении репродуктивной системы у женщин, однако инволютивные изменения той или иной степени выраженности происходят практически во всех железах внутренней секреции, что сопровождается уменьшением уровня секреции большинства гормонов и снижением рецепторной чувствительности к ним. Это касается половых гормонов, гормонов щитовидной железы, гормона роста (ГР) и связанного с ним инсулиноподобного фактора роста-1 (ИФР1), стероидов надпочечников.

Менопауза. Климактерический период — физиологический этап в жизни женщины между репродуктивной фазой и старостью. Ключевым событием этого периода является менопауза — последняя самостоятельная менструация в жизни женщины. Нередко менопаузой называют весь период климактерия.

В этот период отмечаются наиболее значимые гормональные изменения, происходят сложные процессы адаптации организма женщины к постепенному снижению уровня половых гормонов, заканчивается репродуктивная функция.

В климактерии принято выделять 3 группы основных временных симптомов: ранних, средневременных и поздних (см. таблицу) [1]. Каждая из них имеет ведущие характерные признаки, к их диагностике, профилактике и лечению требуются разные подходы.

Андропауза. По аналогии с менопаузой у женщин принято говорить об андропаузе у мужчин — синдроме, проявляющемся типичными клиническими симптомами в сочетании с низким уровнем тестостерона в крови. В отличие от менопаузы, андропауза не является облигатным этапом в жизни. Факторами риска (ФР) ее развития являются возраст, соматические заболевания, хроническая интоксикация, гиподинамия, голодание и вегетарианство. Возрастное снижение уровня тестостерона иногда может встречаться и у женщин.

Клинически андропауза проявляется нарушением сексуальной функции и фертильности, ожирением, нарушениями мочеиспускания, снижением силы и массы скелетной мускулатуры, ОП, болями в нижней части спины и суставах, астенией, различными психоэмоциональными расстройствами [2]. Кроме того, при приеме пациентов врач-косметолог может столкнуться с жалобами на снижение эластичности и су-

Клинические проявления в различные временные периоды климактерия [1]

Группа	Время возникновения	Симптомы
1-я (ранние симптомы)	Период перехода к менопаузе (примерно от 45 до 53 лет, иногда — гораздо дольше)	Вазомоторные («приливы», потливость, сердцебиение, гипертония); психо-эмоциональные (бессонница, депрессия, раздражительность, ослабление памяти, снижение либидо, головные боли)
2-я (средне-временные)	Через 2–4 года после менопаузы (примерно в 55–60 лет)	Урогенитальные (сухость, зуд и жжение во влагалище, боли при половых контактах, цисталгии, недержание мочи); трофические изменения кожи (сухость, морщины, ломкость ногтей, выпадение волос)
3-я (поздние)	Через несколько лет после менопаузы (≥ 55 лет)	Обменные (сердечно-сосудистые заболевания, остеопороз — ОП, болезнь Альцгеймера); изменения лицевого скелета, атрофические изменения кожи, подкожной жировой клетчатки и мышц

хость кожи и слизистых, изменение запаха тела, уменьшение количества волос на теле, увеличение массы тела.

Соматопауза. Уровень ГР с возрастом неуклонно снижается как у мужчин, так и у женщин: его показатели уменьшаются на 50% каждые 7 лет [3]. ГР оказывает прямое или опосредованное — через ИФР — влияние на белковый, липидный и углеводный обмен, минеральный и водно-электролитный баланс, костный метаболизм, а также обладает некоторыми иммунотропными и нейромедиаторными свойствами.

У лиц пожилого возраста дефицит ГР сопровождается развитием саркопении, остеопорозом, прибавкой массы тела вследствие увеличения жировой ткани, изменениями эмоциональной сферы со склонностью к депрессивным состояниям. Вместе с тем сниженный уровень ГР и ИФР1 ассоциированы с увеличением продолжительности жизни в связи со снижением онкологических рисков, повышением устойчивости к оксидативному стрессу и повышением чувствительности тканей к инсулину [4].

МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

МС представляет собой совокупность патогенетически связанных между собой нарушений углеводного, липидного, пуринового обмена, абдоминального ожирения и артериальной гипертензии (АГ) [5].

Актуальность ранней диагностики МС очень высока, так как, с одной стороны, он предшествует развитию сахарного диабета (СД) типа 2 (СД2) и атеросклероза, являющихся основными причинами повышенной смертности, а с другой — при своевременном лечении МС является обратимым. С учетом этого особую важность имеет раннее выявление признаков и групп риска развития МС, особенно среди пациентов врача-косметолога, который принимает пациентов зачастую еще до возникновения каких-либо соматических жалоб. Пациенты с МС на приеме у врача-косметолога чаще всего предъявляют жалобы на избыточную массу тела с преимущественным отложением жира в области живота и талии, невозможность снизить массу тела, повышенную утомляемость, апатию, частую головную боль, повышенный аппетит и жажду, сухость кожи, потливость. При приеме следует обращать внимание на следующие группы риска:

- пациенты с любыми проявлениями ишемической болезни сердца или других атеросклеротических заболеваний;
- здоровые люди, у которых при обследовании выявлена хотя бы одна из трех комбинаций ранних проявлений МС: АГ, ожирение, нарушение толерантности к глюкозе или СД2, гипер- и (или) дислипидемия;
- наличие у пациентов близких родственников с ранними (у мужчин — до 55 лет, у женщин — до 65 лет) проявлениями атеросклеротических заболеваний.

Выявление ФР и ранних проявлений МС являются поводом к рекомендации пациенту обратиться к врачу-эндокринологу, обязательно обозначив всю важность ранней диагностики и своевременного лечения этого состояния.

СИНДРОМ МАЛЬНУТРИЦИИ (НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПИТАНИЯ)

Недостаточные калорийность и объем принимаемой пищи могут привести к развитию протеиново-энергетической (дефицит поступления полноценных продуктов) или парциальной мальнотриции (недостаточное поступление в организм отдельных веществ, например витаминов), что проявляется снижением массы тела и уменьшением его объема, изменени-

ем лабораторных показателей (гипохолестеринемия, гипоальбуминемия, колебания уровня глюкозы, лимфопения, низкий уровень трансферрина) [6]. Снижение объема жировой ткани опасно такими системными эффектами, как снижение уровня половых гормонов, повышенное тромбообразование, ускоренный атерогенез, саркопения, разнонаправленные колебания уровня глюкозы, формирование хронического иммунного воспаления.

Эти изменения проявляются синдромом преждевременного старения и приводят к низкой эффективности эстетических процедур. Пациенты с синдромом мальнотриции могут жаловаться врачу-косметологу на повышенную ломкость ногтей, замедление роста и выпадение волос, снижение тонуса кожи, дряблость кожи лица и тела, ускоренное образование морщин.

САРКОПЕНИЯ

Саркопения — возрастассоциированное атрофическое дегенеративное изменение скелетной мускулатуры, приводящее к постепенной потере мышечной массы и силы [7]. Этот термин обычно не используют для описания потери мышечной массы при различных вторичных состояниях (тяжелые инфекционные заболевания, раковая кахексия и т.п.).

Состояние скелетной мускулатуры играет большую роль не только в восприятии эстетики тела, но и в поддержании качества жизни пациента: атрофические изменения скелетных мышц повышают риск падений, способствуют развитию остеопении и инсулинорезистентности [8].

Патогенез саркопении сложен; он определяется сочетанным влиянием ряда факторов: алиментарная недостаточность (низкое потребление белка); гормональная возрастная инволюция; иммуновоспалительные процессы и снижение регенераторной способности мышечной ткани; оксидативный стресс.

На приеме у врача-косметолога пациенты могут предъявлять жалобы на негармоничную фигуру (дряблость мягких тканей плеч, живота, ягодиц), плохую осанку, быструю утомляемость и мышечную слабость. ФР развития саркопении являются пожилой возраст, несбалансированное и не достаточное по калорийности питание, длительная иммобилизация, СД2, ожирение, когнитивный дефицит, дефицит витаминов D и B₁₂, поведенческие факторы (курение, алкоголь, гиподинамия).

Для профилактики саркопении пациентам из групп риска следует предложить адекватную физическую нагрузку с силовыми упражнениями, правильное питание, адекватное потребление кальция и витамина D, прием пептидных биорегуляторов, при наличии показаний и по назначению профильных специалистов — гормональную заместительную терапию и лечение ОП.

ОСТЕОПОРОЗ

ФР развития ОП выявляются почти у каждой пациентки старше 60 лет. Среди них — гормональные изменения, низкое потребление кальция и магния, дефицит витамина D, белковая недостаточность, гиподинамия и злоупотребление алкоголем, курением и кофе.

ОП — метаболическое заболевание скелета, характеризующееся снижением костной массы, нарушением микроархитектоники костной ткани и как следствие — переломами при минимальной травме [9]. Социальная значимость ОП определяется его последствиями — переломами тел позвонков и костей периферического скелета.

Следует настоятельно рекомендовать пройти скрининговое обследование состояния костной ткани с помощью денситометрии всем пациенткам в менопаузальном периоде, особенно при имеющихся у них дополнительных ФР [10]. Кроме того, следует помнить, что кожа, как и костная ткань, более чем на 70% состоит из коллагена 1-го типа. Патологические процессы, происходящие при возрастной атрофии соединительной ткани, взаимосвязаны. Уменьшение толщины кожи (по данным УЗИ) может рассматриваться как маркер риска развития ОП и связанных с ним переломов у женщин в менопаузе [11].

Для профилактики ОП важны достаточное потребление кальция в сочетании с обеспеченностью витамином D и достаточная физическая активность, а также поддержание весо-ростовых показателей в пределах нормальных значений (индекс массы тела — в пределах 20–25 кг/м²). При наличии показаний назначают заместительную гормональную терапию, а при имеющемся ОП — специфическое лечение.

КОГНИТИВНЫЕ НАРУШЕНИЯ

Указывать на вероятность когнитивных расстройств (КР) могут симптомы депрессии, жалобы на нарушения сна и памяти, нервная орторексия (патологическая приверженность «здоровому питанию»), проявления дисморфофобии и дисморфомании [12].

Для ранней профилактики и коррекции начальных проявлений КР большое значение имеют нормализация сна и бодрствования, нутритивная поддержка (потребление с пищей достаточного количества флавоноидов, витаминов E и D). Важные аспекты — ежедневная когнитивная гимнастика и достаточный объем физических упражнений. Медикаментозная терапия КР включает в себя прием ноотропных и нейропротективных препаратов.

Современный уровень развития медицины предусматривает тесный контакт специалистов разных направлений для создания единой концепции методов омоложения. Наиболее перспективным считается комплекс мероприятий, направленных не только на устранение внешних признаков старения (что традиционно является сферой интересов косметологов и пластических хирургов), но и на улучшение функции сердечно-сосудистой, нервной систем, опорно-двигательного аппарата. Именно врачу-специалисту в области эстетической медицины нередко достается роль того «координатора», который объединяет усилия врачей разных специальностей в единую концепцию.

В последние десятилетия наряду с увеличением продолжительности жизни отмечается рост частоты так называемого феномена преждевременного старения, что проявляется повышением встречаемости возрастассоциированных заболеваний у более молодых людей. В первую очередь речь идет о сердечно-сосудистых заболеваниях, атеросклерозе, КР, СД [13].

Внедрение в ежедневную практику врача-косметолога несложных скрининговых тестов и исследований позволит на ранних этапах выявлять первые функциональные отклонения от нормы в состоянии здоровья пациентов и своевременно направлять их к профильным специалистам, а также выполнять профилактические мероприятия. При сборе анамнеза на первичном приеме следует уточнить данные об образе жизни пациента, характере сна, трудовой активности, пищевом поведении и вредных привычках. Во время беседы анализируют также эмоциональный фон и характер по-

ведения пациента во время приема, его реакцию на осмотр. Кроме того, во время консультации не следует пренебрегать оценкой весо-ростовых показателей, измерением АД и пульса. Даже такие несложные измерения дают возможность хотя бы приблизительно оценить состояние сердечно-сосудистой системы и выявить отклонения от нормы в нутритивном статусе пациента. Для выявления признаков наиболее распространенных гериатрических синдромов полезны скрининговые лабораторно-инструментальные исследования с определением уровня общего белка, печеночных ферментов, гликированного гемоглобина, глюкозы, липидного профиля, тиреотропного гормона, витамина D. При выявлении отклонений показателей от нормы необходимо убедить пациента обратиться к профильным специалистам, что позволит своевременно начать лечение и профилактику возрастассоциированных заболеваний.

Литература

1. Сметник В.П. Медицина климактерия / Ярославль: Литера, 2006; с. 32–3.
2. Wass J., Stewart P., Amiel S. et al. Oxford Textbook of Endocrinology and Diabetes. Endocrinology of ageing and systemic disease // Oxford University Press. – 2011; 10: 1506–19.
3. Veldhuis J., Iranmanesh A., Mulligan T. et al. Mechanisms of conjoint failure of the somatotrophic and gonadal axes in ageing men // Novartis Found Symp. – 2002; 242: 98–118.
4. Bartke A. Pleiotropic effects of growth hormone signaling in aging // Trends Endocrinol. Metab. – 2011; 22 (11): 437–42.
5. Мельниченко Г.А., Романцова Т.И. Ожирение: эпидемиология, классификация, патогенез, клиническая симптоматика и диагностика / М.: Медицинское информационное агентство, 2004; с. 44–77, 272–311.
6. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И., Журавлева Я.В. и др. К вопросу о распространенности синдрома мальнотриции среди людей пожилого возраста // Проблемы старения и долголетия. – 2012; 21 (3): 422–6.
7. Поворознюк В.В., Дзерович Н.И. Саркопения и возраст. Обзор литературы и результаты собственных исследований // Боль. Суставы. Позвоночник. – 2012; 3: 7–13.
8. Ильницкий А. Н., Прощаев К. И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология (электронный журнал). – 2013; 1.
9. Kanis J. Assessment of osteoporosis at the primary health-care level / Technical report, 2008. URL: <http://www.shef.ac.uk/FRAX>
10. Остеопороз. Клинические рекомендации МЗ Российской Федерации, 2016; с. 7.
11. Patel R., Blake G. M., Fogelman I. Evaluation of osteoporosis using skin thickness measurements // Calcified Tissue International. – 2007; 81 (6): 442–9.
12. Шарова А.А. Когнитивные нарушения в практике специалиста эстетической медицины // Врач. – 2017; 4: 65–8.
13. Бойцов С.А., Самородская И.В. Факторы, влияющие на показатели смертности и ожидаемую продолжительность жизни // Аналитический вестник. – 2015; 44 (597): 19–42.