

<https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-09>

Гериатрические синдромы – эпидемиология, диагностика, профилактика

Е.Д. Голованова, доктор медицинских наук, профессор,
Д.С. Баженова,
А.С. Редьков,
Н.С. Канареев

Смоленский государственный медицинский университет
E-mail: golovanovaed@rambler.ru

Целью настоящей работы явилось изучение распространенности некоторых наиболее часто встречающихся гериатрических синдромов (старческой астении, синдрома мальнутриции) у пациентов пожилого и старческого возраста – жителей города и села Смоленского региона. Исследовано состояние здоровья с помощью метода комплексной гериатрической оценки (КГО) у 340 пациентов, проведен анализ историй болезни и амбулаторных карт. По скрининговой шкале «Возраст не помеха» проведен отбор пациентов с предполагаемым синдромом старческой астении (сумма баллов 3 и более). Состояние нутритивного статуса было оценено при помощи опросника Mini nutritional assessment (MNA). В статье представлены результаты исследования распространенности синдрома старческой астении и мальнутриции (нарушенного питания) среди пациентов пожилого, старческого возрастов Смоленского региона, изучена роль социально-экономического статуса в развитии синдрома мальнутриции и проведена сравнительная характеристика значений индекса Бартела в различных возрастных группах.

Ключевые слова: гериатрия, гериатрические синдромы, старческая астения, синдром мальнутриции.

Для цитирования: Голованова Е.Д., Баженова Д.С., Редьков А.С. и др. Гериатрические синдромы – эпидемиология, диагностика, профилактика. Врач. 2020; 31 (6): 48–51. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-09>

«Старение» населения в Российской Федерации происходит стремительно – уже в конце 2017 г. удельный граждан старше 60 лет составлял 20,8% от общей численности населения. Динамика «постарения» населения Смоленской области, входящего в Центральный федеральный округ (ЦФО), наглядно демонстрирует этот системный процесс – число жителей старше 60 лет составило в 2019 г. 25,5% от общей численности населения региона. Наличие у пациентов пожилого и старческого возраста множества различных заболеваний (полиморбидности), накладываясь на возрастные изменения, приводит к развитию гериатрических синдромов, сочетание которых в свою очередь, обуславливает развитие такого состояния как старческая астения – синдрома, являющегося ведущим и наиболее значимым по своим последствиям в совре-

менной гериатрии [1, 2]. Важным для лечебно-профилактических учреждений, оказывающих помощь пациентам пожилого и старческого возраста, является широкое применение комплексного гериатрического осмотра (КГО) для своевременного выявления и коррекции гериатрических синдромов – саркопении, падений, мальнутриции, тревожно-депрессивного синдрома, когнитивной дисфункции, что будет способствовать более ранней диагностике и предупреждению старческой астении.

Цель: изучение распространенности некоторых гериатрических синдромов – старческой астении и мальнутриции среди пациентов старших возрастных групп Смоленского региона – жителей города и сельской местности в сравнении.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Обследование пациентов гериатрического профиля с помощью КГО проводилось на базе ОГБУЗ «Поликлиника №3» и ОГБУЗ «Смоленский областной клинический госпиталь для ветеранов войн» в период 01.09.18 – 31.03.19. В 1 исследуемую выборку (жители города) было включено 200 пациентов, разделенных на 2 возрастные группы: I группа (n=100) от 65 до 74 лет (мужчин – 22, женщин – 78); II группа (n=100) от 75 до 84 лет (мужчин – 15, женщин – 85). Во 2 выборку (жители села) включено 140 пациентов старше 65 лет (35 мужчин, 115 женщин в возрасте 65–84 лет) из близлежащих населенных пунктов районных центров Смоленской области (г. Рудня, г. Демидов, г. Велиж), которые также были разделены на 2 возрастные группы: I – от 65 до 74 лет (n=85), и II – от 75 до 84 лет (n=55). Обследование проводилось на базах Центров комплексного социального обслуживания населения в период с февраля 2019 по ноябрь 2019 гг. Таким образом, пациенты и 1 и 2 выборки были представлены *организованным* контингентом обследованных. Для диагностики старческой астении использовалась скрининговая шкала «Возраст не помеха». Старческая астения верифицировалась при ≥ 3 положительных ответах. В дальнейшем всем пациентам исследуемых групп для верификации / опровержения «синдрома старческой астении» проводилась динамометрия и тест «скорости ходьбы на 4 метра» (за популяционные нормы принимались: сила сжатия правой или левой кисти для мужчин – 30 кг, для женщин – 20 кг; и скорость ходьбы при значениях $>0,8$ м/с). Тесты проводились в рамках КГО. Состояние нутритивного статуса было оценено при помощи опросника Mini nutritional assessment (MNA). В каждой шкале опросника MNA по данным ответов можно присвоить от 0 до 2 баллов. Синдром мальнутриции верифицировался, если индекс массы тела (ИМТ) был в зоне риска ($17,0–23,5$ кг/м²), или <17 кг/м² и суммарное количество баллов по опроснику MNA составляло ≤ 16 баллов. Протоколы КГО заполнялись студентами 6 курса

лечебного факультета и клиническими ординаторами кафедры. Консультации пациентов с заполнением заключения гериатра и рекомендациями по коррекции гериатрических синдромов проводились сотрудниками кафедры и врачами-гериатрами. Каждым участником исследования подписывалось информированное согласие, одобренное Этическим комитетом СГМУ. По структуре исследование было одномоментным, нерандомизированным. Результаты исследования обрабатывались с помощью программных пакетов Statistica 10 и MS Excel 10. Достоверность отличий средних оценивалась с помощью критерия Стьюдента. Различия считались достоверными при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При анализе полученных данных было установлено, что синдром старческой астении, диагностируемый только по скрининговой шкале «Возраст не помеха», встречался среди городских жителей в I группе у 31,3% обследуемых, во II группе – у 46,4%. Среди сельских жителей распространенность старческой астении была выше и составила в I группе – 41,5%, во II – 54,5%. Однако, синдром старческой астении не подтверждался данными динамометрии и тестами на скорость ходьбы, которые входят в КГО, и в обязательном порядке проводятся гериатрами. Задачей участкового терапевта и врача общей практики является определение показаний для направления пациентов старше 60 лет на консультацию к гериатру. Показанием является сумма баллов ≥ 3 по шкале «Возраст не помеха». Таким образом, при проведении первичного скрининга каждый 3-й пациент в пожилом возрасте как в городе, так и в селе будет нуждаться в консультации гериатра, и у половины пациентов в старческом возрасте требуется проведение КГО.

В дальнейшем, при КГО у пациентов с 3 и более баллами по шкале «Возраст не помеха» была проведена динамометрия и тест на скорость ходьбы (4 м). Данные тесты используются для оценки функции скелетных мышц (рекомендации EWGSOP 2010 – Европейской рабочей группы по саркопении у пожилых людей). После верификации старческая астения подтверждалась у городских жителей уже только в 17,6% случаев в I группе, и 39,2% – во II. Среди жителей села распространенность старческой астении оказалась еще ниже: в I группе – 7,3%; во II – 27,5%. Таким образом, данные, полученные при изучении параметров, определяющих мышечную силу (динамометрия) и мышечную функцию (тест на скорость ходьбы), показали, что у сельских жителей распространенность старческой астении значительно ниже, чем у аналогичного контингента городских жителей ($p < 0,05$).

При изучении частоты распространенности синдрома мальнутриции среди пациентов старших возрастных групп оказалось, что среди мужчин как в I, так и во

2 выборке в возрасте 65–74 лет синдром мальнутриции не встречался вообще, среди женщин – в 5% случаев. В возрастных группах 75–84 года частота встречаемости среди мужчин составила 18,7%, женщин – 8%, вне зависимости от места проживания. Это совпадает с данными, полученными и в других исследованиях, показавших, что примерно 19,1–23,0% пациентов старших возрастных групп находятся в зоне риска развития синдрома мальнутриции [3, 4]. По данным разных исследований, в амбулаторной практике доля пациентов с синдромом белково-энергетической недостаточности колеблется от 10 до 38%, а у проживающих в домах престарелых их число может доходить до 65% [3].

При изучении взаимосвязи синдрома мальнутриции и старческой астении оказалось, что у женщин 65–74 лет (жителей города и села) синдром мальнутриции встречался очень редко, с одинаковой частотой как при наличии старческой астении, так и без нее. В возрастной группе 75–84 года у женщин синдром мальнутриции сочетался с синдромом старческой астении. В целом, синдром мальнутриции с возрастом у женщин увеличивался в небольшой степени, в сравнении с синдромом старческой астении, который с возрастом увеличивается значительно.

При изучении влияние стоматологического статуса на развитие синдрома мальнутриции оказалось, что проблемы с ротовой полостью имелись практически у всех женщин в I группе с нарушением питания, у 50% пациентов обоих полов во II группе с синдромом мальнутриции вне зависимости от места проживания. Таким образом, нарушенный стоматологический статус может влиять на развитие мальнутриции, а он относится к наиболее легко коррегируемым проблемам, что следует учитывать при разработке профилактических мероприятий.

При изучении роли социально-экономического статуса в развитии синдрома мальнутриции оказалось, что он не влиял существенно на его развитие, так как материальное положение у всех исследуемых расценивалось как удовлетворительное. В единичных случаях материальное положение оценивалось как затруднительное у женщин с синдромом мальнутриции. С учетом того факта, что половину обследованных составляли пациенты госпиталя для Ветеранов Войн, их пенсионное обеспечение можно расценивать как достаточное для обеспечения основных потребностей – в питании, одежде, оплате коммунальных услуг и др. Пациенты, проживающие в селе, прикрепленные к ближайшим районным Центрам социального обслуживания, также получали достаточное внимание в плане организационного (доставка продуктов питания, приготовление пищи), психологического (общение с социальными работниками) и социального (организация досуга, кружки по интересам и др.) обеспечения. Поэтому, даже одиноко проживающие пациенты не испытывали особого дискомфорта и проблем с организацией питания.

При изучении взаимосвязи между наличием анемии и развитием синдрома мальнутриции оказалось, что в I группе анемия встречалась у 10% мужчин и 15% женщин, однако связи с синдромом мальнутриции не было. Анемический синдром был обусловлен другими заболеваниями: хроническим гастритом, ревматоидным артритом.

Что касается пациентов в возрасте 75–84 лет в обеих выборках, то анемия встречалась у $\frac{1}{3}$ мужчин и 40% женщин с синдромом мальнутриции и старческой астенией. Взаимоотягивающее влияние анемии и синдрома нарушенного питания следует учитывать при назначении лекарственной терапии у пациентов старших возрастных групп.

Исследование индекса Бартела в различных возрастных группах с синдромом мальнутриции и без него показало, что среди мужчин I группы в 21% выявлялась легкая степень зависимости в повседневной жизни (индекс Бартел колебался в пределах 91–99 баллов), среди женщин – в 66% случаев, в том числе и у всех женщин с синдромом мальнутриции, у 11% женщин определялась умеренная степень зависимости (61–90 баллов). Во II группе среди мужчин легкая степень зависимости по индексу Бартел была выявлена у 90% пациентов, в число которых вошли все пациенты с мальнутрицией. Среди женщин II группы легкая степень зависимости определялась у 64%, в том числе у всех пациенток с мальнутрицией, у 18% – умеренная степень зависимости. Связи с местом проживания (город или село) для индекса Бартелл выявлено не было. Следует отметить, что у обследованных пациентов не выявлено выраженной или полной степени зависимости в повседневной жизни, что было связано с особенностями выборки – пациенты ветераны ВОВ и лица, прикрепленные к Центрам социального обслуживания являются *организованным* населением.

Опасность синдрома мальнутриции заключается в том, что он ускоряет наступление «старческого одряхления», или старческой астении при котором многократно увеличивается зависимость пожилого человека от постоянной посторонней помощи, а также способствует присоединению других гериатрических синдромов, прежде всего падений, нарушений походки, гипомобильности [5]. Низкая частота встречаемости синдрома мальнутриции у пациентов с достаточным пенсионным обеспечением и хорошим социальным обслуживанием свидетельствует о том, что у организованного контингента лиц пожилого возраста риск развития гериатрических синдромов значительно ниже, и они дольше сохраняют способность к самообслуживанию. В настоящее время на государственном уровне ведется работа по развитию «стратегии здорового и активного старения», направленная на укрепление здоровья людей пожилого возраста для предотвращения развития хронических заболеваний, снижения смертности и увеличение продолжительности жизни

В связи с этим развитие гериатрической службы во всех регионах является приоритетным направлением для здравоохранения. Гериатры должны тесно взаимодействовать с участковыми терапевтами и врачами общей практики в связи с резким увеличением числа пациентов старших возрастных групп, обслуживаемых врачами первичного звена. Поэтому изучение распространенности гериатрических синдромов и разработка мер по их профилактики для увеличения времени «здорового функционирования» и предотвращения преждевременного старения является актуальной проблемой.

Таким образом, на основе проведенного исследования можно сделать следующие выводы:

1. Распространенность синдрома старческой астении выше у городских жителей.
2. Распространенность синдром мальнутриции у организованного контингента городских и сельских жителей невысока, что свидетельствует об их достаточном материальном и социальном обеспечении.
3. Стоматологический статус у пациентов тесно связан с синдромом мальнутриции, что свидетельствует о недостаточности стоматологического обслуживания пациентов старших возрастных групп, проживающих как в городе, так и в селе.
4. Пациенты старшей возрастной группы представляют группу риска по развитию анемий, связанных с синдромом мальнутриции, что требует профилактических мероприятий в плане назначения железосодержащих препаратов.
5. Функциональный статус обследованного организованного контингента пациентов, определяемый по индексу Бартела, был нарушен в легкой и умеренной степенях.

* * *

Финансирование.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Конфликт интересов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература/Reference

1. Ильницкий А.Н., Процаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии. *Геронтология*. 2013; 1 (1): 1–12 [Il'nickij A.N., Proshhaev K.I. Senile asthenia (frailty) as a concept of modern gerontology. *Gerontology*. 2013; 1 (1): 1–12 (in Russ.)].
2. Зарудский А.А., Процаев К.И. Старческая астения и сердечно-сосудистые болезни как факторы взаимоотношения. *Современные проблемы науки и образования*. 2014; 1 [Zarudskij A.A., Proshhaev K.I. Senile asthenia and cardiovascular diseases as factors of mutual complication. *Modern problems of science and education*. 2014; 1 (in Russ.)].
3. Кисилева Г.В., Рафальская К.А. Распространенность гериатрических синдромов у пациентов врача общей практики. *Российский семейный врач*. 2017; 21 (4): 21–8 [Kiseleva G.V., Rafalskaya K.A. The prevalence of geriatric syndromes in general practice. *Russian Family Doctor*. 2017; 21 (4): 21–8 (in Russ.)]. DOI: 10.17816/RFD2017421-28
4. Шлепцова М.В., Фролова Е.В. Распространенность основных гериатрических синдромов у пациентов врача общей практики амбулаторного этапа и возможности их коррекции. *Российский семейный врач*. 2018; 22 (2): 30–6 [Shlepцова M.V., Frolova E.V. The prevalence of major geriatric syndromes in the practice of an outpatient geriatrician and the possibility of their correction. *Russian Family Doctor*. 2018; 22 (2): 30–6 (in Russ.)]. DOI: 10.17816/RFD2018230-36
5. Ильницкий А.Н., Процаев К.И., Кривецкий В.В. и др. Распространенность синдрома мальнутриции среди людей пожилого возраста. *Фундаментальные исследования*. 2012; 7: 330–3 [Il'nitski A.N., Praschayev K.I., Krivetski V.V. et al. The prevalence of the syndrome of malnutrition among elders. *Fundamental research*. 2012; 7: 330–3 (in Russ.)].

GERIATRIC SYNDROMES – EPIDEMIOLOGY, DIAGNOSTICS, PREVENTION

Professor E. Golovanova, MD; D. Bazhenova; A. Red'kov; N. Kanareev
Smolensk State Medical University

The object of the following research is to study the incidence of the most widespread geriatric syndromes (frailty, syndrome malnutrition) advanced age and senility patients are suffering – in structure of rural dwellers and city dwellers population in Smolensk region. Health status of 340 patients was examined by the agency of Comprehensive geriatric assessment (CGA), case histories and outpatient's cards were analyzed. Particular patients, supposedly suffering from frailty, were selected according to screening scale «Age is not a hindrance» (total score 3 and beyond). Nutrition status was examined by the agency of Mini nutritional assessment (MNA). In this article the geriatric syndromes and malnutrition (nutritional disorder) incidence research results in structure of advanced age and senility patients in Smolensk region population were represented, also the part of socio-economic status in conjunction with malnutrition syndrome genesis was studied and the comparative characteristics of Barthel Index figures of various age groups was accomplished.

Key words: geriatrics, geriatric syndromes, frailty, malnutrition syndrome.

For citation: Golovanova, E., Bazhenova D., Red'kov A. et al. Geriatric syndromes – epidemiology, diagnostics, prevention. *Vrach*. 2020; 31 (6): 48–51. <https://doi.org/10.29296/25877305-2020-06-09>

Об авторах/About the authors: Golovanova E.D. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1853-384>, Bazhenova D.S. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2182-6445>, Red'kov A.S., Kanareev N.S.