

БЕЙЛИНА Н. И., ПОЗДНЯК А. О.

Казанская государственная медицинская академия (КГМА) – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России, Казань

# Сердечно-сосудистая коморбидность у лиц старшего возраста

Бейлина Наталья Ильинична

к. м. н., доцент кафедры терапии, гериатрии и семейной медицины КГМА – филиал ФГБОУ ДПО РМАНПО Минздрава России

E-mail: nataliabeylina@mail.ru

## Резюме.

**Введение.** Высокая частота сердечно-сосудистой патологии, ее нередкое сочетание с коморбидными заболеваниями и состояниями становятся причиной трудностей в ведении пациентов позднего возраста.

**Цель исследования:** выявление особенностей сердечно-сосудистой коморбидности у гериатрических пациентов.

**Материалы и методы.** В исследовании участвовало 129 человек, разделенных по возрасту: 1-я группа – пожилого возраста – 23 женщины, 10 мужчин; 2-я группа – старческого возраста – 60 женщин, 27 мужчин; 3 группа – долгожители – 5 женщин, 4 мужчины.

**Проведены:** сбор анамнеза, осмотр, измерение артериального давления, подсчет индекса массы тела по Кетле, определение уровня глюкозы, холестерина, гемоглобина в крови, тестирование по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE), гериатрической шкале депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15).

**Статистическая обработка:** критерий Пирсона, с поправкой Йейтса, точный критерий Фишера, критерий Стьюдента (достоверная разница при  $p < 0.05$ ).

**Результаты.** Среди лиц пожилого возраста ГБ выявлена у 100 % мужчин и у 78,3 % женщин ( $p > 0,05$ ). В старческом возрасте ГБ выявлена у 90 % женщин, у 85,2 % мужчин –  $p > 0,05$ ; у всех долгожителей (100 %) –  $p > 0,05$ . ГБ сочеталась с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями: в 1-й группе – у 69,6 % женщин и 80 % мужчин, в 2-й группе – у 71,7 % женщин и 91,3 % мужчин, в 3-й – 100 %. Сочетание ГБ и СД было обнаружено: в 1-й группе – у 4,3 % женщин и 30 % мужчин; в 2-й группе – у 21,7 % женщин и 13 % мужчин. В анамнезе анемия была отмечена у 39,1 % пожилых женщин; у 15 % женщин и 4,3 % мужчин старческого возраста; среди долгожителей – у 60 % женщин и 25 % мужчин.

Среди пожилых женщин: преддементные когнитивные нарушения – у 34,8 % женщин и 40 % мужчин ( $p > 0,05$ ), деменция легкой степени – у 13,1 % женщин, деменция умеренной степени – у 17,4 % женщин и 20 % мужчин ( $p > 0,05$ ), тяжелая деменция – у 4,3 % женщин. В 2-й группе преддементные когнитивные нарушения – у 33,3 % женщин и 37 % мужчин –  $p > 0,05$ ; деменция легкой степени – у 20 % женщин и 18,5 % мужчин –  $p > 0,05$ ; деменция умеренной степени – у 23,3 % женщин и 11,1 % мужчин –  $p > 0,05$ , тяжелая деменция – у 3,3 % женщин. В 3-й группе преддементные когнитивные нарушения – у 50 % мужчин; деменция умеренной степени – у 80 % женщин и 50 % мужчин ( $p > 0,05$ ), тяжелая деменция – у 20 % женщин. Среди лиц пожилого возраста вероятная депрессия была у 43,5 % женщин и 30 % мужчин –  $p > 0,05$ ; среди лиц старческого возраста – у 66,7 % и 77,8 % соответственно ( $p > 0,05$ ); а среди долгожителей – у 60 % женщин и 100 % мужчин –  $p > 0,05$ . Вероятная депрессия среди мужчин-долгожителей и в старческом возрасте чаще, чем среди пожилых ( $p < 0,05$ ).

У пациентов 1-й группы: дефицит массы – у 4,3 % женщины; избыток массы тела – у 47,8 % женщин и 10 % мужчины; ожирения I ст. – у 26,1 % женщин и 40 % мужчин; ожирения II ст. – у 4,3 % женщин. У пациентов 2-й группы: дефицит массы – у 3,3 % женщин; избыток массы тела у 33,3 % женщин и 44,4 % мужчин, ожирение I ст. – у 25 % женщин и 11,1 % мужчин, ожирение II ст. – у 1,7 % женщины, ожирение III ст. – у 7,4 % мужчин. Среди пациентов 3-й группы: избыток массы – у 50 % мужчин, ожирение III ст. – у 20 % женщин.

В 1-й группе повышение холестерина было у 65,2 % женщин и 40 % мужчин; повышение глюкозы – у 17,4 % женщин и 40 % мужчин. В 2-й группе повышение холестерина – у 31,7 % женщин и 55,6 % мужчин; повышение глюкозы – у 21,7 % женщин и 37 % мужчин. В 3-й группе повышение холестерина – у 60 % женщин и 75 % мужчин, повышение глюкозы – у 20 % женщин и 25 % мужчин.

**Выводы.** Установлена высокая распространенность ГБ (больше, чем в популяции) и коморбидной сердечно-сосудистой патологии у лиц позднего возраста. Гендерных различий нет. Среди обследуемых нарушения углеводного и жирового обмена встречаются чаще, чем в популяции. С возрастом увеличивается число мужчин, имеющих анемию; среди долгожителей анемия встречается чаще, чем в более молодом возрасте. Широко распространены депрессия и когнитивные нарушения разной степени выраженности. Вероятная депрессия среди мужчин-долгожителей и в старческом возрасте чаще, чем среди пожилых. Гендерных различий по распространенности когнитивных нарушений нет.

**Ключевые слова:** коморбидность, сердечно-сосудистые заболевания, факторы риска, гериатрия.



# Cardiovascular comorbidity in older adults

Natalia I. Beylina

candidate of medical sciences, associate professor of therapy, geriatrics and family medicine KGMA – branch campus of the FSBEI FPE RMACPE MOH Russia

E-mail: nataliabeylina@mail.ru

## Summary.

**Introduction.** The high incidence of cardiovascular pathology, its frequent combination with comorbid diseases and conditions, cause difficulties in the management of elderly patients.

**Objective of the study:** identification of age, gender characteristics of cardiovascular comorbidity in geriatric patients.

**Materials and methods.** The study involved 129 people, divided by age: group 1 – elderly – 23 women, 10 men; group 2 – old age – 60 women, 27 men; group 3 – longevity – 5 women, 4 men.

Taking anamnesis, examination, measuring blood pressure, calculating body mass index according to Quetelet, determining the level of glucose, cholesterol, hemoglobin in the blood, testing on a short scale for assessing mental status (MMSE), geriatric depression scale (Geriatric Depression Scale, GDS-15) are performed.

**Statistical processing:** Pearson's test, with Yates's correction, Fisher's exact test, Student's test (significant difference at  $p < 0,05$ ).

## Results.

Among the elderly, HD was detected in 100 % of men and 78,3 % of women ( $p > 0,05$ ). In old age, HD was detected in 90 % of women, in 85,2 % of men –  $p > 0,05$ ; in all centenarians (100 %) –  $p > 0,05$ . HD was combined with other cardiovascular diseases: in the elderly group in 69,6 % of women and 80 % of men, in old age in 71,7 % of women and 91,3 % of men, in all centenarians (100 %). The combination of HD and DM was found in the 1st group in 4,3 % of women and in 30 % of men; in the second group, 21,7 % of women and 13 % of men. A history of anemia was noted in 39,1 % of elderly women; 15 % of women of old age and 4,3 % of men of old age; among centenarians – 60 % of women and 25 % of men.

Among older women: pre-dementia cognitive impairment – in 34,8 % of women and in 40 % of men ( $p > 0,05$ ), mild dementia – in 13,1 % of women, moderate dementia – in 17,4 % of women and 20 % of men ( $p > 0,05$ ), severe dementia – in 4,3 % of women. In group 2, pre-dementia cognitive impairment – in 33,3 % of women and 37 % of men –  $p > 0,05$ ; mild dementia – in 20 % of women and in 18,5 % of men –  $p > 0,05$ ; moderate dementia – in 23,3 % of women and 11,1 % of men –  $p > 0,05$ , severe dementia – in 3,3 % of women. In group 3, pre-dementia cognitive impairment – in 50 % of men; moderate dementia – in 80 % of women and 50 % of men ( $p > 0,05$ ), severe dementia – 20 % of women. Among elderly people, probable depression was in 43,5 % of women and in 30 % of men –  $p > 0,05$ ; among elderly people – in 66,7 % and 77,8 %, respectively ( $p > 0,05$ ); and among centenarians – in 60 % of women and in 100 % of men –  $p > 0,05$ . Probable depression among long-lived men and in old age is more frequent than among the elderly ( $p < 0,05$ ).

In patients of the 1st group: underweight – in 4,3 % of women; excess body weight in 47,8 % of women and 10 % of men; obesity 1st. in 26,1 % of women and 40 % of men; obesity grade II – in 4,3 % of women. In patients of the 2nd group: weight deficit – in 3,3 % of women; excess body weight in 33,3 % of women and 44,4 % of men, obesity 1st. – in 25 % of women and 11,1 % of men, IIst obesity – in 1,7 % of women, III degree obesity – in 7,4 % of men. Among patients of the 3rd group: excess weight – in 50 % of men, obesity of the III degree – 20 % of women.

In the 1st group, the increase in cholesterol was in 65,2 % of women and 40 % of men; increased glucose – in 17,4 % of women and 40 % of men. In group 2, increased cholesterol was in 31,7 % of women and 55,6 % of men; increased glucose – in 21,7 % of women and 37 % of men; in group 3, increased cholesterol – in 60 % of women and 75 % of men, increased glucose – in 20 % of women and 25 % of men.

**Conclusions.** A high prevalence of HD (more than in the population) and comorbid cardiovascular pathology in elderly people were established. There are no gender differences. Among the surveyed, disorders of carbohydrate and fat metabolism are more common than in the population. The number of men with anemia increases with age; among centenarians, anemia is more common than at younger ages. Depression and cognitive impairment of varying degrees of severity are widespread. Probable depression among long-lived men and in old age is more frequent than among the elderly. There are no gender differences in the prevalence of cognitive impairment.

**Key words:** comorbidity, cardiovascular disease, risk factors, geriatrics.

## Введение

Сердечно-сосудистая коморбидность – это наличие более двух сердечно-сосудистых заболеваний и/или состояний, патогенетически связанных между собой.

В Российских национальных рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике справедливо отмечено, что

пациенты старше 65 лет относятся к категории высокого и очень высокого риска сердечно-сосудистых заболеваний [1]. В этой возрастной группе распространенность коморбидной патологии значительно увеличивается [2].

Ранее нами изучалась коморбидная патология у пациентов терапевтического стационара [3]. В ходе исследова-



ния было выявлено, что среди пациентов с коморбидной патологией преобладали лица пожилого и старческого возраста (37 и 42 % соответственно). Ведущей была признана сердечно-сосудистая коморбидность, в структуре которой выделены следующие патологии: гипертоническая болезнь (ГБ) – 84 %, хроническая сердечная недостаточность (ХСН) – 67 %, перенесенный инфаркт миокарда – 20 %, хроническая ишемия головного мозга – 12 %, перенесенное острое нарушение мозгового кровообращения – 10 % и сахарный диабет 2-го типа (СД 2) – 38 %.

В современной отечественной и зарубежной литературе широко освещены вопросы, касающиеся отдельных компонентов сердечно-сосудистой коморбидности в общей популяции.

На сегодня ГБ – одна из распространенных сердечно-сосудистых патологий. По результатам исследования ЭССЕ-РФ, артериальной гипертонией страдает 44,2 % населения РФ в возрасте 25–64 лет, продемонстрировано увеличение распространенности ГБ в России за последние годы (в 1994 году – 32,9 %; в 2017 году – 44,2 %) [4; 5]. Лечение ГБ комплексное, с учетом сопутствующей патологии. Важным является вопрос эффективности и приверженности к лечению. К сожалению, многие исследования демонстрируют низкую приверженность к терапии. В исследовании EUROASPIRE IV, результаты которого опубликованы в 2015 году, целевой уровень артериального давления (АД) <140/90 мм рт. ст. был достигнут у 68 % пациентов с ишемической болезнью сердца (ИБС) без СД, у 61 % пациентов с впервые выявленным СД и у 54 % пациентов без известного СД. Целевой уровень ХС ЛНП <1,8 ммоль/л был достигнут у 16, 18 и 28 % пациентов этих групп соответственно. Использование комбинации из антитромбоцитарных, б-блокаторов, блокаторов РААС и статинов составило 53, 55 и 60 % соответственно [6]. Manteuffel M. и соавт. пришли к выводу, что женщины хуже привержены к лечению [7]. По нашим данным, только 13,64 % мужчин, 25 % женщин были привержены к амбулаторному лечению [3].

Общеизвестно, что одним из факторов риска развития и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний является ожирение. Оно патогенетически связано с инсулинорезистентностью и СД, который рассматривается как независимый от других факторов риска иницирующий и приводящий к прогрессированию сердечно-сосудистых заболеваний фактор. Больные СД без факторов риска и поражения почек относятся к категории высокого сердечно-сосудистого риска, а при протеинурии и/или наличии выраженной гиперхолестеринемии, выраженной артериальной гипертензии, курении – очень высокого риска [1; 8]. В исследовании Sarwar N. и др. установлено, что СД ассоциирован с двукратным увеличением риска неблагоприятных сердечно-сосудистых событий (ИБС, ишемического инсульта и летальности) независимо от других факторов риска [9]. Протективность женского пола в отношении возникновения сердечно-сосудистых заболеваний в общей популяции известна, но при наличии СД женский пол не является защитным фактором [10]. Во многих исследованиях выявлена тесная связь между СД и сердечной недостаточностью. СД – это фактор риска развития сердечной недостаточности [11]. В свою очередь, по мнению ряда исследователей, сердечная недостаточность ассоциирована с более высокой распространенностью нарушений углеводного обмена и рассматривается как фактор риска развития СД, что связывают с наличием инсулинорезистентности [12]. Сочетание у пациента СД и сердечной недостаточности сопровождается повышением риска госпитализаций из-за декомпенсации сердечной недостаточности, а также общей и сердечно-сосудистой смертности [11; 13].

Для профилактики сердечно-сосудистых заболеваний пациентам с СД рекомендуется: модификация образа

жизни, избегать гипогликемических состояний, осуществлять гликемический контроль и самоконтроль уровня глюкозы в крови для достижения оптимального уровня гликемии, коррекция дислипидемии. Таким пациентам целесообразно проводить самоконтроль АД и суточное его мониторирование (СМАД) для оценки уровня АД и подбора при необходимости гипотензивной терапии. Пациентам с СД и очень высоким риском сердечно-сосудистых заболеваний, с хорошей переносимостью антикоагулянтной терапии двумя препаратами и без больших кровотечений в анамнезе целесообразно увеличить срок ее проведения от 12 мес. до 3 лет [14; 15]. При наличии СД и сердечно-сосудистого заболевания требуется многокомпонентное лечение [14; 16–18].

Среди лиц старших возрастных групп нередко выявляется анемический синдром. Анемия может стать фактором риска развития ИБС [19–21], диастолической дисфункции миокарда [22].

Анемия нередко выявляется у пациентов с ГБ, а у пациентов с анемией чаще фиксируются более высокие цифры систолического и диастолического артериального давления, чем у лиц с нормальным уровнем гемоглобина [23]. Есть мнение, что чаще анемия имеет место у пожилых женщин с СД, сердечно-сосудистыми заболеваниями (ГБ, фибрилляцией предсердий) и хронической болезнью почек; в сочетании с данными патологиями анемия повышает риск летальных исходов у этой категории пациентов [24].

Другие исследователи указывают, что анемия как сопутствующее заболевание у пациентов с коронарной патологией уменьшает толерантность к физической нагрузке, снижает качество жизни, увеличивает потребность в госпитализациях и связана с высоким риском смертности от сердечно-сосудистых заболеваний [25; 26].

В ряде исследований анемия расценивается как предиктор неблагоприятного исхода при хронической сердечной недостаточности (ХСН) [27; 28].

Для лиц пожилого и старческого возрастов актуальна проблема нарушения когнитивных функций. Получены данные о том, что у большинства пациентов с ГБ имеются когнитивные нарушения, которые не могут быть объяснены только возрастными изменениями [29; 30]. Современные исследования указывают на роль ГБ в возникновении васкулярных патологий головного мозга и возникновении деменции [31]. Имеются доказательства связи нарушений когнитивных функций с наличием ГБ и СД (как факторов риска сосудистой патологии), а также болезнью центральной нервной системы – ЦНС (инсульт, травмы головы, болезнь Паркинсона), с лечением медикаментами, пагубно влияющими на когнитивные способности (снотворные, анксиолитики, анальгетики, холинолитики и пр.) [32; 33].

На практике нарушения когнитивных функций чаще связаны как с сосудистыми заболеваниями, так и с нейродегенеративными процессами ЦНС. Такое сочетание выявляется у 46 % пациентов с болезнью Альцгеймера [34]. Социальная значимость дементных нарушений связана не только с ухудшением качества жизни, утратой автономности пациента, но и снижением приверженности к лечению.

Высокая частота сердечно-сосудистой патологии, ее нередкое сочетание с коморбидными заболеваниями и состояниями становятся причиной трудностей в ведении пациентов позднего возраста.

Все вышеперечисленное делает актуальным изучение сердечно-сосудистой коморбидности у пациентов старших возрастных групп.

**Цель исследования:** выявление возрастных, гендерных особенностей сердечно-сосудистой коморбидности и факторов риска формирования и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний у гериатрических пациентов.



## Материалы и методы

В исследовании приняли участие 129 человек, направленных участковыми терапевтами амбулаторно-поликлинической сети г. Казани для прохождения комплексного гериатрического обследования, в том числе 88 женщин. Пациенты были разделены на группы по возрасту: 1-я группа – пожилого возраста – 23 женщины, средний возраст  $71 \pm 0,66$  года; 10 мужчин, средний возраст  $69,9 \pm 1,21$  года; 2-я группа – старческого возраста – 60 женщин, средний возраст  $81,73 \pm 0,46$  года; 27 мужчин, средний возраст  $82,41 \pm 0,73$  года; 3-я группа – долгожители – 5 женщин, средний возраст  $91,8 \pm 0,96$  года; 4 мужчины, средний возраст  $93,75 \pm 0,55$  года.

Проведены: сбор анамнеза, осмотр, измерение артериального давления (АД), подсчет индекса массы тела (ИМТ) по Кетле, определение уровня глюкозы, холестерина, гемоглобина в крови, тестирование по краткой шкале оценки психического статуса (MMSE в баллах), гериатрической шкале депрессии (Geriatric Depression Scale, GDS-15 в баллах).

Интерпретация результатов: рассматривались нормальное артериальное давление в пределах от 110/70 до 130/85 мм рт. ст.; норма гликемии 4,1–5,9 ммоль/л; общий холестерин 5,2 ммоль/л и менее; для женщин нормальный уровень гемоглобина – 120–140 г/л, у мужчин – 130–160 г/л.

### Показатели ИМТ:

- 16 и менее – выраженный дефицит массы тела;
- 16–18,5 – недостаточная (дефицит) масса тела;
- 18,5–24,9 – норма;
- 25–29,9 – избыточная масса тела (предожирение);
- 30–34,9 – ожирение I степени;
- 35–39,9 – ожирение резкое (II степени);
- 40 и более – очень резкое ожирение (III степени).

MMSE в баллах: 30 баллов соответствуют оптимальному состоянию когнитивных функций.

- 28–30 баллов – нет нарушений когнитивных функций;
- 24–27 баллов – преддементные когнитивные нарушения;
- 20–23 балла – деменция легкой степени выраженности;
- 11–19 баллов – деменция умеренной степени выраженности;
- 0–10 баллов – тяжелая деменция.

По гериатрической шкале депрессии (в баллах): 0–4 балла – нет депрессии; более 5 баллов – вероятная депрессия.

Статистическая обработка проведена с использованием критерия Пирсона, с поправкой Йейтса, точного критерия Фишера, критерия Стьюдента (достоверная разница при  $p < 0,05$ ).

## Результаты и обсуждение

В нашем исследовании приняли участие пациенты первичной сети, направленные для проведения комплексной гериатрической оценки. Неравномерность по численности пациентов в группах объясняется представительством возрастов в популяции и частотой обращаемости за медицинской помощью.

ГБ – наиболее часто встречаемая компонента сердечно-сосудистой коморбидности [3]. В исследованиях ЭССЕ-РФ, опубликованных в 2014 и 2019 годах, были выявлены гендерные различия по распространенности ГБ среди наших соотечественников [4; 35]. По исследованию 2014 года, в общей популяции женщины реже имеют ГБ (29,0 % женщин и 41,1 % мужчин), в 2019 году у 49,1 % мужчин и 39,9 % женщин в возрасте 25–64 лет зафиксирована ГБ.

Нами проанализирована частота выявления ГБ в разных возрастных группах среди мужчин и женщин. Установлена высокая распространенность ГБ у лиц позднего возраста. Среди лиц пожилого возраста ГБ выявлена

у всех мужчин – 10 человек (100 %) и у 18 женщин (78,3 %) –  $p > 0,05$ . У женщин старческого возраста ГБ выявлена у 54 человек (90 %), у мужчин данной возрастной категории – у 23 человек (85,2 %) –  $p > 0,05$ . Все долгожители, 5 женщин, 4 мужчины, имели ГБ –  $p > 0,05$ . С возрастом женщины утрачивают преимущества, связанные с протективным действием половых гормонов, – нами не выявлена достоверная разница в распространенности ГБ среди мужчин и женщин. Сравнение по распространенности ГБ как среди женщин, так и среди мужчин разных возрастов не выявило статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ).

Необходимо отметить, что в группах пациентов ГБ сочеталась с другими сердечно-сосудистыми заболеваниями (чаще ИБС): в группе пожилых – у 16 женщин (69,6 %) и 8 мужчин (80 %), в старческом возрасте – у 43 женщин (71,7 %) и 21 мужчины (91,3 %), у всех долгожителей (100 %). Выявлена высокая встречаемость коморбидной сердечно-сосудистой патологии; такое сочетание заболеваний утяжеляет состояние пациента, приводит к быстрому формированию сердечной недостаточности. Клинические проявления ХСН отмечены: в 1-й группе – у 9 женщин (39,1 %) и у 4 мужчин (40 %) –  $p > 0,05$ ; в 2-й группе – у 19 женщин (31,7 %) и 12 мужчин (44,4 %) –  $p > 0,05$ ; в 3-й группе – у 4 женщин (80 %) и 2 мужчин (50 %) –  $p > 0,05$ .

Сочетание ГБ и СД было обнаружено: в 1-й группе – у 1 женщины (4,3 %) и 3 мужчин (30 %); в 2-й группе – у 13 женщин (21,7 %) и 3 мужчин (13 %); в 3-й группе таких пациентов не было.

Анемия осложняет течение сердечно-сосудистых заболеваний. Патогенетическая роль ее заключается в формировании тканевой гипоксии, гемодинамических нарушений (компенсаторно возникающие тахикардия, увеличение сердечного выброса, расширение кровеносных сосудов), что приводит к ремоделированию сердца и развитию сердечной недостаточности [36–38].

В нашем исследовании у пациентов с ГБ в анамнезе анемия была отмечена у 9 пожилых женщин (39,1 %); у 9 женщин старческого возраста (15 %) и 1 мужчины старческого возраста (4,3 %); среди долгожителей – у 3 женщин (60 %) и 1 мужчины (25 %). С возрастом увеличивается число мужчин, имеющих анемию (0; 4,3; 25 % –  $p > 0,05$ ); среди долгожителей анемия встречается чаще, чем в более молодом возрасте ( $p > 0,05$ ).

Для лиц старшего возраста в этиологии анемии играет большую роль нарушение питания (количественный, качественный состав рациона), ухудшение всасывания железа в двенадцатиперстной кишке; витамина В12 – в дистальной части подвздошной кишки, уменьшение выработки слизистой желудка внутреннего фактора Касла. Эти факты должны быть выявлены наряду с источниками оккультного кровотечения и устранены.

Проведен общеклинический анализ крови. В 1-й группе снижение гемоглобина было у 6 женщин (26,1 %). В 2-й группе снижение гемоглобина – у 11 женщин (18,3 %) и 1 мужчины (4,3 %). В 3-й группе снижение гемоглобина – у 5 женщин (100 %) и 1 мужчины (25 %).

Анемия не была скорректирована у всех пациентов, имеющих диагноз (пожилые женщины, мужчина старческого возраста и долгожитель), не у всех пациентов был выставлен диагноз (женщины старческого возраста и долгожители). В этой связи считаем целесообразным определение гемоглобина у лиц позднего возраста при каждом обращении за медицинской помощью.

У пожилых анемия, как и длительно существующая артериальная гипертензия, может стать одной из причин гипоксии и ишемии головного мозга [25], что способствует возникновению и прогрессированию когнитивных нарушений. Распространенность и значимость когнитивных нарушений в гериатрической практике обуславливают необходимость ранней диагностики преддементных состояний и деменции. В проводимом нами исследовании



для скрининга когнитивного дефицита использовалась краткая шкала оценки психического статуса, которая широко применяется в клинике, хотя, по мнению ряда авторов, она менее чувствительна к легким когнитивным нарушениям [39]. Среди пожилых (1-я группа) женщин нами выявлены: преддементные когнитивные нарушения – у 8 человек (34,8 %), деменция легкой степени – у 3 человек (13,1 %), деменция умеренной степени – у 4 человек (17,4 %), тяжелая деменция – у 1 человека (4,3 %). У пожилых мужчин преддементные когнитивные нарушения – у 4 человек (40 %), деменция умеренной степени – у 2 человек (20 %). Статистически значимых гендерных различий по распространенности когнитивных нарушений в группе пожилых не выявлено ( $p > 0,05$ ).

В 2-й группе преддементные когнитивные нарушения – у 20 женщин (33,3 %) и 10 мужчин (37 %) –  $p > 0,05$ ; деменция легкой степени – у 12 женщин (20 %) и 5 мужчин (18,5 %) –  $p > 0,05$ ; деменция умеренной степени – у 14 женщин (23,3 %) и 3 мужчин (11,1 %) –  $p > 0,05$ , тяжелая деменция – у 2 женщин (3,3 %).

Среди долгожителей (3-я группа) преддементные когнитивные нарушения – у 2 мужчин (50 %); деменция умеренной степени – у 4 женщин (80 %) и 2 мужчин (50 %), тяжелая деменция – у 1 женщины (20 %). Статистически значимых гендерных различий по распространенности когнитивных нарушений в группе долгожителей не выявлено ( $p > 0,05$ ).

Сравнение по распространенности когнитивных нарушений среди женщин и мужчин разных возрастов также не выявило статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ).

В исследовании было отведено внимание эмоциональному статусу людей позднего возраста. По данным литературы, среди женщин чаще встречаются тревога и депрессия [40]. По данным нашего исследования среди лиц пожилого возраста вероятная депрессия была у 10 женщин (43,5 %) и 3 мужчин (30 %) –  $p > 0,05$ ; среди лиц старческого возраста – у 40 (66,7 %) и 21 (77,8 %) соответственно ( $p > 0,05$ ); а среди долгожителей – у 3 женщин (60 %) и 4 мужчин (100 %) –  $p > 0,05$ . Нами не было выявлено статистически значимых гендерных различий по выявлению вероятной депрессии в группах. Сравнение по распространенности вероятной депрессии среди женщин разных возрастов также не выявило статистически значимых различий ( $p > 0,05$ ).

Вероятная депрессия среди мужчин-долгожителей и в старческом возрасте чаще, чем среди пожилых ( $p < 0,05$ ). Высокую распространенность депрессивных состояний среди лиц старческого возраста и долгожителей мы связываем с наличием нескольких хронических заболеваний, необходимостью постоянного приема лекарств, наличием хронической боли, снижением активности и автономности пациента, уменьшением социальных контактов.

Всем исследуемым давались рекомендации по сохранению психического здоровья, а нуждающимся пациентам была рекомендована консультация психиатра.

Картина сердечно-сосудистой коморбидности будет неполной, если не изучить наиболее распространенные факторы риска возникновения и прогрессирования сердечно-сосудистых заболеваний.

В Российских национальных рекомендациях по кардиоваскулярной профилактике (2017) приведены сведения о возрастании распространенности ожирения среди гериатрических пациентов, указана его особенность – это так называемое саркопеническое ожирение с уменьшением мышечной массы [1].

У пациентов 1-й группы нами выявлено наличие: дефицит массы – у 1 женщины (4,3 %); избытка массы тела – у 11 женщин (47,8 %) и 1 мужчины (10 %); ожирения I ст. – у 6 женщин (26,1 %) и 4 мужчин (40 %); ожирения II ст. – у 1 женщины (4,3 %).

У пациентов 2-й группы определено: дефицит массы – у 2 женщин (3,3 %); избыток массы тела – у 20 женщин (33,3 %) и 12 мужчин (44,4 %), ожирение I ст. – у 15 женщин (25 %) и 3 мужчин (11,1 %), ожирение II ст. – у 1 женщины (1,7 %), ожирение III ст. – у 2 мужчин (7,4 %).

Среди пациентов 3-й группы выявлено: избыток массы – у 2 мужчин (50 %), ожирение III ст. – у 1 женщины (20 %). В общей популяции среди женщин чаще отмечается ожирение (30,8 % женщин и 26,6 % мужчин страдают лишним весом) и недостаточная физическая активность (у 40,8 % женщин и 36,1 % мужчин) [35].

В нашем исследовании лица с отклонениями от нормальных значений веса были отмечены как среди женщин, так и среди мужчин во всех возрастных группах, в основном за счет избытка массы тела. Это не может не влиять на уровень активности пациента, зависимости от посторонней помощи.

В отечественном исследовании ЭСЦЕ-РФ приведены сведения о том, что среди россиян 4,1 % женщин и 5,4 % мужчин имеют гипергликемию, а распространенность гиперхолестеринемии у лиц разного пола примерно одинакова (56,3 и 58,4 % соответственно) [35].

Всем пациентам, вошедшим в наше исследование, были проведены лабораторные исследования для выявления иных факторов риска.

В 1-й группе повышение холестерина было у 15 женщин (65,2 %) и 4 мужчин (40 %); повышение глюкозы – у 4 женщин (17,4 %) и 4 мужчин (40 %).

В 2-й группе повышение холестерина было у 19 женщин (31,7 %) и 15 мужчин (55,6 %); повышение глюкозы – у 13 женщин (21,7 %) и 10 мужчин (37 %).

В 3-й группе повышение холестерина – у 3 женщин (60 %) и 3 мужчин (75 %), повышение глюкозы – у 1 женщины (20 %) и у 1 мужчины (25 %).

У лиц позднего возраста с ГБ нарушения углеводного и жирового обмена встречаются чаще, чем в популяции. Все выявленные отклонения требуют интерпретации и коррекции.

### Выводы

ГБ среди пожилых выявляется у 78,3 % женщин и 100 % мужчин; среди людей старческого возраста – у 90 % женщин и 85,2 % мужчин; у долгожителей – в 100 % случаев. Клинические проявления ХСН отмечены: среди пожилых – у 39,1 % женщин и 40 % мужчин; среди людей старческого возраста – у 31,7 % женщин и 44,4 % мужчин; среди долгожителей – 80 % пациенток и 50 % пациентов. Имеются факторы риска ССЗ (СД, нарушения углеводного/жирового обмена, анемия). Широко распространены депрессия (как среди женщин – 43,5 %; 66,7 %; 60 %, так и среди мужчин – 30 %; 77,8 %; 100 %) и когнитивные нарушения разной степени выраженности. Данные особенности сердечно-сосудистой коморбидности должны учитываться при ведении гериатрических пациентов.

### Литература

1. Бойцов С. А., Погосова Н. В., Бубнова М. Г. и др. Кардиоваскулярная профилактика 2017. Российские национальные рекомендации // Российский кардиологический журнал. 2018. № 23 (6). С. 7–122.
2. Оганов Р. Г., Симаненков В. И., Бакулин И. Г. и др. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения. Клинические рекомендации // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. № 18 (1). № 5–66.
3. Бейлина Н. И., Поздняк А. О. Коморбидность пациентов терапевтического стационара // Практическая медицина. 2018. № 16 (9). С. 74–77.

Полный список литературы доступен по запросу в редакции

