

УДК 616-039.4/5

*В.С. Мякотных, Е.С. Остапчук, В.Л. Постовалова, Е.Б. Шеломенцева***ПАТОЛОГИЯ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА,  
ВЫЯВЛЕННАЯ ПРИ СТАЦИОНАРНОМ ОБСЛЕДОВАНИИ**

Уральский государственный медицинский университет, г. Екатеринбург, Российская Федерация

*V.S. Myakotnykh, E.S. Ostapchuk, V.L. Postovalova, E.B. Shelomenceva***PATHOLOGY PATIENTS OF ELDERLY AND SENILE AGE,  
IDENTIFIED DURING HOSPITALIZATION**

Ural State Medical University, Yekaterinburg, Russian Federation

**Резюме.** *Цель исследования:* определение приоритетов тех или иных вариантов патологии, встречающихся среди госпитализированных представителей пожилого и старческого возраста. *Материалы и методы исследования.* Проведено сравнительное клиническое исследование двух групп пациентов — пожилого и старческого возраста (n=234) и молодого и среднего возраста (n=427). Все они были госпитализированы в стационары разного профиля, 55 человек — в гериатрический. *Результаты исследования.* У представителей пожилого и старческого возраста, в сравнении с более молодыми, существенно преобладали заболевания опорно-двигательного аппарата (100%), желудочно-кишечного тракта (100%) и артериальная гипертензия (98,7%). Также значительно чаще выявлялись нарушения сердечного ритма, сахарный диабет 2 типа и постинфарктный кардиосклероз. Другие виды сердечно-сосудистой патологии, когнитивные нарушения и астения не проявляли отчетливой возрастной зависимости, но клинически тяжелей протекали в пожилом и старческом возрасте. Для пациентов гериатрического стационара характерна множественность заболеваний и нуждаемость в постороннем уходе. *Выводы.* Выявленные приоритеты в частоте ряда патологических процессов у представителей пожилого и старческого возраста могут быть полезными для подготовки врачей-гериатров и для выбора базовой специальности.

**Ключевые слова:** госпитализация, возраст, патология, гериатрический

**Abstract.** *The purpose of the study* is based on a prioritization of those or other variants of the pathology encountered among hospitalized representatives of elderly and senile age. *Materials and methods.* The comparative clinical study of two groups of patients of elderly and senile age (n=234) and young and middle-aged (n=427). All of them were hospitalized in hospitals of different profiles, 55 people in geriatric hospital. *The results of the study.* The representatives of elderly and senile age in comparison with younger, had a significant prevalence of diseases of musculoskeletal apparatus (100%), gastrointestinal tract (100%) and arterial hypertension (98.7%). Also much more common in elderly and senile age met cardiac arrhythmia, diabetes mellitus type 2 and myocardial infarction. Other types of cardiovascular pathology, cognitive impairment and asthenia did not show a distinct age-dependent, but clinically heavy proceeded in elderly and senile age. For patients of the geriatric hospital is characterized by a multiplicity of diseases and need constant care. *Conclusions.* The priorities identified in the frequency of a number of pathological processes among representatives of elderly and senile age may be useful for training of geriatricians and the selection of the basic specialty.

**Keywords:** hospitalization, age, pathology, geriatric

Конфликт интересов отсутствует.

There is no conflict of interest.

Контактная информация автора, ответственного за переписку:  
Мякотных Виктор Степанович  
vmyakotnykh@yandex.ru

Contact information of the author responsible for correspondence:  
Viktor S. Myakotnykh  
vmyakotnykh@yandex.ru

Дата поступления 27.11. 2017

Received 27.11.2017

## Образец цитирования:

В.С. Мякотных, Е.С. Остапчук, В.Л. Постовалова, Е.Б. Шеломенцева. Патология пожилого и старческого возраста, выявленная при стационарном обследовании. Вестник уральской медицинской академической науки. 2018, Том 15, №1, с. 20–28, DOI: 10.22138/2500-0918-2018-15-1-20-28

## For citation:

V.S. Myakotnykh, E.S. Ostapchuk, V.L. Postovalova, E.B. Shelomenceva. Pathology patients of elderly and senile age, identified during hospitalization. Vestn. Ural. Med. Akad. Nauki. = Journal of Ural Medical Academic Science. 2018, Vol. 15, no. 1, pp. 20–28. DOI: 10.22138/2500-0918-2018-15-1-20-28 (In Russ)

Геронтология, как наука о старении, имеет своей целью продление человеческой жизни при сохранении её высокого качества в любом возрасте. Исследования последних десятилетий подняли геронтологию на значительную высоту, приблизив нас к достижению обозначенной цели. Вместе с тем, в эти же последние десятилетия появилась тенденция к некоему обособлению именно медицинского, врачебного направления в геронтологии — клинической геронтологии или гериатрии. В самые последние годы были приняты долго ожидаемые решения Правительства Российской Федерации об организации и преобразовании гериатрической службы в стране, и появилась надежда на какие-то позитивные сдвиги в данном направлении. Согласно эти решениям, основной задачей гериатрии является оказание медицинской, медико-социальной помощи лицам пожилого и старческого возраста и/или ускоренным образом стареющим. И это в принципе не вызывает особых возражений, т.к. понятие «медицинская помощь» само по себе является очень широким и охватывает многие сферы деятельности медицинских работников — от проведения огромного количества диагностических и лечебных мероприятий до решения вопросов ухода за тяжело больными и помощи в решении социальных вопросов. В своей основе определены стандарты оказания гериатрической помощи в медицинских учреждениях Российской Федерации, предусматривается трехуровневая система лечения, профилактики и реабилитации пожилых пациентов, устанавливается порядок их маршрутизации, штат медучреждений, их оснащение и т.д. Наряду с этим на протяжении многих лет в нашей стране осуществляются попытки выделения особой врачебной специальности — врача-гериатра. При этом разрабатываются и меняются нормативные документы, определяются функциональные обязанности таких специалистов, периодически создаются списки так называемых возрастзависимых заболеваний, требующих привлечения гериатра к их диагностике и лечению [1]. Но как раз вопросы отнесения к категории возрастзависимых, возраст-ассоциированных заболеваний той или иной патологии остаются «камнем преткновения» при выборе той базовой специальности врача, которая может служить основой для дальнейшей подготовки гериатра. На сегодняшний день, согласно приказам Минздрава, основным специалистом, который может в дальнейшем получить профес-

сиональную переподготовку по специальности «гериатрия», является врач-терапевт. В последние годы предполагается также подготовка врача-гериатра из врачей общей практики и даже педиатров [2, 3]. Складывается впечатление о том, что выбор базовой специальности сделан наугад, и этому есть две причины: 1) терапия является самой массовой врачебной специальностью, и из неё легко вычленишь ещё одну по аналогии, например, с гастроэнтерологией, нефрологией, ревматологией и др.; 2) отсутствует сколько-нибудь объективное ранжирование известных вариантов возраст-ассоциированных заболеваний. Первый из названных факторов априори ошибочен вследствие того, что подразделение терапии на ряд «узких» специальностей основано на органном, системном принципе, а выделение гериатрии в отдельную терапевтическую специальность — на возрастном. И если гастроэнтеролог, например, занимается проблемами патологии желудочно-кишечного тракта, то гериатр обязан заниматься широчайшими проблемами патологии всего стареющего организма. А это не одно и то же. Второй из названных факторов вообще требует своего хотя бы минимального решения на основе простого подсчета наиболее часто встречающихся патологических процессов у представителей пожилого и старческого возраста. Как это ни странно, эти статистические данные практически не представлены в медицинской литературе, и чаще всего мы видим рассуждения о высокой частоте среди пожилых сердечно-сосудистой патологии и психических расстройств [4–8]. Отсюда существующая путаница в выделении уже упомянутых возраст-ассоциированных заболеваний и патологических состояний. Дело в том, что как раз наибольшая часть известных заболеваний человека тем или иным образом увеличивается в количественном отношении, в относительных показателях заболеваемости параллельно нарастанию возраста индивидуума. Следовательно, такие заболевания можно и нужно считать возраст-ассоциированными или же возрастзависимыми. Основу представляют «три кита»: сердечно-сосудистые, онкологические, нейродегенеративные. Но вот какие именно сердечно-сосудистые заболевания, какие онкологические и нейродегенеративные наиболее свойственны пожилому и старческому возрасту — это уже вопрос, на который точного ответа пока не получено. И уже здесь просматривается ситуация, противоречащая определению врача-гериатра

в качестве «особого терапевта для пожилых и стариков», так как для грамотного наблюдения и лечения целого ряда пациентов вне зависимости от их возраста требуется всё-таки не терапевт, а онколог, невролог, психоневролог и другие специалисты. Чаще всего в существующих приказах мы читаем объяснения по поводу того, что врач-гериатр должен каким-то образом, скорее всего в консультативном порядке, координировать деятельность многих названных и не названных специалистов в вопросах диагностики и лечения представителей пожилого и старческого возраста, страдающих одновременно несколькими возрастзависимыми заболеваниями. Отправным пунктом к делегированию такого рода консультативной деятельности именно врачу-гериатру является известный постулат о том, что данный врач-гериатр лучше, чем любой иной специалист, знает физиологические, морфологические, психологические и медико-социальные проблемы стареющего организма, его особенности, связанные с увеличением количества прожитых лет. Возможно, это и так, но такого рода знания связаны более с геронтологией как наукой, но не с гериатрией как специальностью врача. Врач-гериатр должен профессионально разбираться не в особенностях возрастных характеристик как таковых, а в особенностях развития, клинического течения, диагностики и лечения огромного количества заболеваний, встречающихся у представителей пожилого и старческого возраста. И вот здесь-то начинаются проблемы взаимоотношений гериатра с представителями многих врачебных специальностей. И эти проблемы неизбежны, т.к. опытный онколог, кардиолог, невролог, хирург, офтальмолог в любом случае разбирается в своей достаточно узкой специальности значительно лучше, чем специалист очень и очень широкого профиля — гериатр. Поэтому более актуальной является не подготовка гериатров, как правило, «выходцев» из общетерапевтической специальности, а подготовка по вопросам гериатрии всех врачей независимо от их специальности и значительное расширение списка врачебных специальностей, которые могут быть базовыми для подготовки врача-гериатра. Но решение этого вопроса в любом случае окажется возможным лишь после того, когда будет определена сравнительная относительная частота патологических процессов, встречающихся у представителей пожилого и старческого возраста. Именно это определило цель нашего исследования.

**Цель исследования** — определение приоритетов тех или иных вариантов патологии, встречающихся среди госпитализированных представителей пожилого и старческого возраста.

#### **Материал и методы исследования**

В представленном исследовании принимал участие

661 пациент (380 мужчин и 281 женщина) в возрасте от 18 до 102 лет, обследованных и пролеченных в условиях терапевтических и хирургических стационаров. В связи с поставленной целью исследования все наблюдавшиеся лица были подразделены на две сравнимые группы: 1) пожилого и старческого возраста, т.е. от 60 до 102 лет ( $n=234$ ); 2) молодого и среднего возраста, т.е. от 18 до 59 лет ( $n=427$ ). Кроме того, из 234 представителей 1 группы 55 (23,5%) наблюдались в условиях гериатрического стационара.

Обследование больных проводилось с привлечением клинических, лабораторных, инструментальных методов и неоднократных консультаций многочисленных «узких» специалистов. Все выявленные симптомы, синдромы, результаты обследований каждого пациента заносились в единую базу данных. Статистическую обработку полученных результатов выполняли методами вариационной статистики с применением программ «Biostatistica» и MS Excel. Для сравнения двух независимых групп по количественному признаку использован критерий Стьюдента. Для сравнения выделенных подгрупп пациентов между собой по количественным признакам использовали непараметрический дисперсионный анализ по Крускалу–Уоллису. В случаях выявления статистически значимых различий между группами проводили дополнительный анализ множественных сравнений Z Крускала–Уоллиса для определения того, какие именно группы статистически значимо отличаются от других. Для сравнения групп по качественному признаку использовали критерий  $\chi^2$ . Различия считали статистически достоверными при  $p < 0,05$ .

#### **Результаты и их обсуждение**

У всех (100%) представителей пожилого и старческого возраста имели место проблемы с состоянием опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта. Первые были в основном связаны с патологическими процессами в позвоночнике, суставах (спондилоартроз, остеохондроз, остеоартроз, остеопороз), вторые — с патологией, в том числе онкологической, желудка, кишечника, печени, желчных протоков и желчного пузыря, поджелудочной железы. Именно в связи со стопроцентной встречаемостью указанной патологии среди представителей пожилого и старческого возраста мы сочли возможным не упоминать о ней в представленной таблице. Среди 427 представителей молодого и среднего возраста хронические заболевания опорно-двигательного аппарата выявлены в 186 (43,6%) наблюдениях, в основном у лиц в возрасте от 40 до 59 лет ( $n=139$ ; 74,7%). Патология со стороны желудочно-кишечного тракта среди пациентов молодого и среднего возраста диагностирована только в 166 (38,9%) случаях, но какого-либо значимого преобладания по возрастным периодам при

этом не выявлено. Также в незначительном количестве, по сравнению с лицами пожилого и старческого возраста, встречались онкологические процессы со стороны желудочно-кишечного тракта, хотя, разумеется, указанная статистика представлялась не вполне точной при отсутствии стопроцентного обследования, нацеленного на выявление именно онкологической патологии на самых ранних, доклинических стадиях.

Другие наиболее значимые варианты хронической патологии представлены в сравнительном аспекте в Таблице 1. В приведенной таблице мы намеренно не

стали выделять возможные причины имевших место когнитивных нарушений — хроническая или острая ишемия головного мозга, болезни Альцгеймера, Пика, деменция с тельцами Леви, токсические энцефалопатии и т.д., ограничившись только констатацией фактов присутствия или же отсутствия когнитивных расстройств. Это связано с тем, что, как показывает практика, у пожилых, особенно у престарелых лиц, когнитивные нарушения нередко имеют сочетанную природу, чаще всего при сочетаниях цереброваскулярных и нейродегенеративных патологических процессов.

Таблица 1  
Варианты патологии, выявленные у представителей разных возрастных категорий  
Table 1  
Options pathology identified among representatives of different age categories

Варианты Патологии / Options pathology	Лица старше 60 лет / Persons over than 60 years (n=234)				Лица моложе 60 лет / Persons younger than 60 years (n=427)			
	n (%)	p	OR	ДИ 95%	n (%)	p	OR	ДИ 95%
Артериальная гипертензия / Blood hypertension	231 (98,7%)	0,000	10	3,3-30,1	339 (79,4%)	0,00	0,7	0,6-0,7
ИБС, стенокардия / CHD, angina	109 (46,6%)	0,003	1,5	1,2-1,9	177 (41,5%)	0,003	0,8	0,7-0,9
ИБС, постинфарктный кардиосклероз / CHD, postinfarction cardiosclerosis	83 (35,5%)	0,000	2,4	1,9-3,1	61 (14,3%)	0,00	0,6	0,5-0,7
Состояние после АКШ / Condition after CABG	6 (2,6%)	0,2	0,6	0,3-1,3	22 (5,2%)	0,2	1,2	0,9-1,4
Фибрилляция предсердий / Fibrillation atrial	61 (26,1%)	0,000	2,3	1,8-2,9	40 (9,4%)	0,00	0,5	0,4-0,7
Имплантация электрокардиостимулятора / Implantation of a pacemaker	7 (3,0%)	0,004	0,3	0,1-0,8	31 (7,3%)	0,004	1,3	1,2-1,5
Первый церебральный инсульт / First cerebral stroke	54 (23,1%)	0,000	0,5	0,3-0,7	178 (41,7%)	0,000	1,3	1,2-1,4
Повторный инсульт / Re Stroke	35 (15,0%)	0,6	1,1	0,6-1,4	52 (12,2%)	1,0	0,9	0,8-1,2
Сахарный диабет 2 типа / Diabetes mellitus type 2	59 (25,2%)	0,000	2,7	2,2-3,4	24 (5,6%)	0,00	0,4	0,3-0,6
Астения / Asthenia	78 (33,3%)	0,03	1,4	1,1-1,9	116 (27,2%)	0,03	0,8	0,7-0,9
Когнитивные нарушения / Cognitive violations	129 (55,1%)	0,031	1,4	1,0-2,1	237 (55,5%)	0,03	1,1	1,0-1,2

На рис. 1 наглядно представлена сравнительная частота некоторых вариантов патологии, диагностированной у представителей разного возраста.

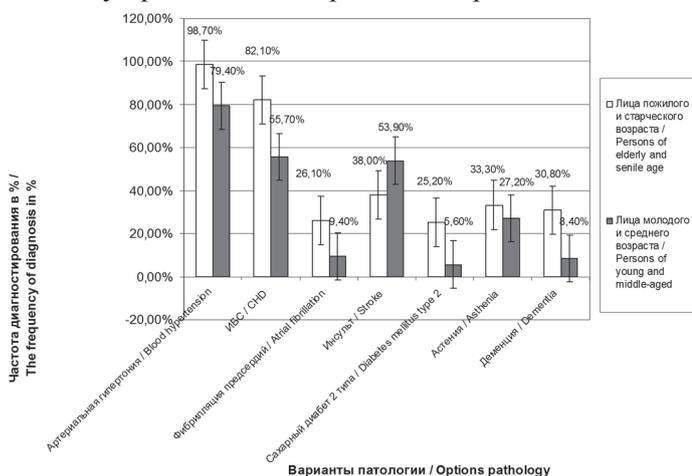


Рис. 1. Сравнительная частота патологических процессов у представителей разного возраста  
Fig. 1. Comparative frequency of pathological processes among representatives of different age

Исходя из представленных в табл. 1 и на рис. 1 данных, очевидно, что в пожилом и старческом возрасте наиболее часто встречается артериальная гипертензия (АГ) (n=231; 98,7%), затем в порядке уменьшения частоты диагностирования следуют ишемическая болезнь сердца (ИБС), стенокардия как без развития инфаркта миокарда, так и с инфарктом миокарда и последующим формированием постинфарктного кардиосклероза (ПИКС) (n=192; 82,1%) и расстройства когнитивных функций (n=129; 55,1%). Далее следуют первичные и повторные церебральные инсульты (n=89; 38,0%), астенические расстройства (n=78; 33,3%) нарушения сердечного ритма в виде фибрилляции предсердий (ФП) (n=61; 26,1%) и сахарный диабет (СД) 2 типа (n=59; 25,2%). Среди представителей молодого и среднего возраста явно преобладающим вариантов патологии также оказалась АГ, но в сопоставлении с пожилыми пациентами она встречалась значительно реже (p<0,05). На втором месте по частоте выявления у лиц в возрасте до 60 лет также была ИБС (n=238; 55,7%), которая, тем не менее, диа-

гностировалась у них отчетливо реже, чем в пожилом и старческом возрасте ( $p < 0,05$ ). Но развитие инфаркта миокарда и ПИКС среди представителей молодого и среднего возраста здесь наблюдалось в 2,5 раза реже ( $p < 0,01$ ), чем в пожилом и старческом возрасте.

Общая частота расстройств когнитивной сферы, как это ни странно, оказалась полностью сопоставимой для представителей двух сравниваемых групп, хотя уже сформировавшаяся деменция отмечалась среди представителей пожилого и старческого возраста значительно чаще ( $p < 0,001$ ), чем среди лиц молодого и среднего возраста – соответственно в 72 (30,8%) и 36 (8,4%) случаях. Различны были и причины развития когнитивных расстройств. В пожилом и старческом возрасте это были в основном нейродегенеративные заболевания ( $n=58$ ; 26,8%) и цереброваскулярная патология ( $n=69$ ; 29,5%), и эти факторы преобладали у 127 (98,4%) из 129 пациентов ( $p < 0,001$ ). Среди 237 лиц в возрасте до 60 лет, наряду с сосудистыми факторами формирования когнитивного дефицита, часто встречались последствия травматических, токсических поражений головного мозга ( $n=44$ ; 18,6%), но всё же основной причиной формирования когнитивных расстройств оставались цереброваскулярные факторы ( $n=193$ ; 81,4%);  $p < 0,001$ .

Церебральные инсульты, хотя и занимали 4-е место в рейтинге представленных в табл. 1 вариантов патологии у лиц молодого и среднего возраста ( $n=230$ ; 53,9%), но их частота в значительной степени превосходила таковую, выявленную среди лиц пожилого и старческого возраста ( $n=89$ ; 38,0%);  $p < 0,01$ . Сопоставимой была только частота повторных инсультов, которые даже несколько чаще диагностировались в пожилом и старческом возрасте, чем до 60 лет ( $p > 0,05$ ). Конечно, нельзя исключить того факта, что часть пациентов пожилого, в особенности старческого возраста, по разным причинам могла не госпитализироваться в специализированный стационар в случае развития инсульта, в то время, как лица в возрасте до 60 лет госпитализировались в 100% случаев. Отсюда меньшее относительное число представителей пожилого и старческого возраста, перенесших инсульт, хотя на самом деле речь идет о госпитализированных лицах.

Также представителям молодого и среднего возраста вдвое чаще, чем в пожилом и старческом возрасте, проводилась операция аортокоронарного шунтирования (АКШ) в связи с ишемическими процессами в миокарде и в 2,5 раза чаще имплантация электрокардиостимулятора в связи с расстройствами сердечного ритма. И это несмотря на то, что расстройства ритма сердца в пожилом и старческом возрасте наблюдались значительно чаще ( $p < 0,01$ ).

Частота астенических проявлений среди представителей сравниваемых возрастных групп была вполне сопоставимой (табл. 1, рис. 1). Поэтому труд-

но говорить в этом случае именно о старческой астении, основой которой, как известно, является возраст в сочетании с комплексом хронической возраст-ассоциированной патологии [9]. Это тем более очевидно в связи с тем, что представителей старческого возраста среди лиц с диагностированными астеническими расстройствами было всего 15 (19,54%) из 77. Вполне вероятно, что в ряде случаев, при ориентации в основном на преклонный возраст ряда пациентов, возможна необоснованная диагностика старческой астении, хотя основой астенических расстройств является не только возраст, а та или иная патология, в особенности сочетанная. При этом, кроме того, во всех случаях необходимо проведение комплексной гериатрической оценки состояния здоровья пациента, без которой диагноз старческой астении представляется весьма сомнительным.

С учетом того, что такие сердечно-сосудистые заболевания, как АГ, ИБС, ПИКС, особенно часто преобладали в пожилом и старческом возрасте, было проведено ранжирование частоты присутствия этих патологий по отношению к разным периодам пожилого и старческого возраста (табл. 2).

Таблица 2  
Частота сердечно-сосудистых заболеваний у представителей пожилого и старческого возраста в различные периоды  
Table 2  
The frequency of cardiovascular disease in representatives of elderly and senile age in the different periods

Периоды возраста (лет) / Periods of age (years)	Виды сердечно-сосудистой патологии / The types of cardiovascular pathology		
	Артериальная гипертония / Blood hypertension	Постинфарктный кардиосклероз / Postinfarction cardiosclerosis	ИБС, стенокардия / CHD, angina
60–65 (n=88)	87 (98,9%)	33 (37,5%)	48 (54,5%)
66–70 (n=34)	33 (97,1%)	10 (29,4%)	17 (50,0%)
71–75 (n=36)	34 (94,4%)	11 (30,6%)	20 (55,6%)
76–80 (n=34)	34 (100%)	13 (38,2%)	11 (32,4%)
81–85 (n=19)	19 (100%)	7 (36,8%)	5 (26,3%)
>85 (n=23)	23 (100%)	8 (34,8%)	7 (30,4%)

Отчетливых различий в частоте присутствия АГ в разные возрастные периоды не выявлено, можно лишь утверждать, что после 75 лет данная патология присутствует у всех госпитализированных пациентов. Относительное число лиц, страдающих ИБС, стенокардией, проявляет отчетливый рост в возрастном диапазоне от 60 до 75 лет, а затем снижается ( $p < 0,05$ ). А вот число лиц, перенесших инфаркты миокарда с последующим развитием постинфарктного кардиосклероза, остается довольно стабильным в течение всего периода пожилого и старческого возраста. Но речь

идет только о госпитализированных по разным поводам пациентах, а не о всей популяции.

Сравнительный анализ множественности, сочетанности патологических процессов у одного пациента по отношению к его возрасту обнаружил закономерность в нарастании числа лиц, одновременно страдающих тремя и более значимыми, хроническими соматическими заболеваниями, при увеличении возраста. Присутствие лишь одного соматического заболевания выявлено только у 53 (22,6%) из 234 представителей пожилого и старческого возраста, у остальных 181 (77,4%) диагностированы 3 и более заболеваний; сочетание только 2 патологий не выявлено ни в одном случае. Среди 427 пациентов молодого и среднего возраста, наоборот, большинство ( $n=232$ ; 54,3%) страдали только одним заболеванием, а 195 (45,7%) — двумя и более. Статистический анализ полученных результатов показал, что возможность присутствия более двух соматических заболеваний у лиц пожилого и старческого возраста существенно выше ( $OR=2,7$  (ДИ 95% 2,0-3,5),  $p<0,000$ ), чем у представителей молодого и среднего возраста. А вот наличие одного заболевания для пациентов в возрасте старше 60 лет маловероятно ( $OR=0,5$  (ДИ 95% 0,4–0,7),  $p<0,000$ ).

Частота встречаемости некоторых вариантов патологии оказалась зависимой не только от возраста, но и от пола пациентов. Сахарный диабет 2 типа диагностирован у 59 (25,2%) из 234 представителей пожилого и старческого возраста, но в большинстве своем это были женщины ( $n=47$ ; 79,7%);  $p<0,05$ . Также значительно чаще по сравнению с мужчинами у женщин диагностировался ПИКС — в 58 (69,9%) из 83 наблюдений ( $p<0,05$ ). А вот ИБС, стенокардия без развития инфаркта миокарда, наоборот, несколько чаще встречалась среди мужчин пожилого и старческого возраста — в 58 (53,2%) из 109 наблюдений ( $p>0,05$ ). Операции АКШ в любом возрасте проводились только мужчинам ( $OR=0,93$  (ДИ 95% 0,88– 0,99),  $p=0,014$ ). Наконец, первый в жизни инсульт в пожилом и старческом возрасте чаще возникал у женщин ( $n=37$ ; 68,5%), чем у мужчин ( $n=17$ ; 31,5%);  $p<0,05$ . Таким образом, в пожилом и старческом возрасте представители разного пола имеют отчетливо различную частоту целого ряда заболеваний, и в особенности это касается сердечно-сосудистой патологии. В определенной степени это, конечно же, связано с обнаруженными ранее гендерными различиями в возрастзависимых показателях стресс-реализующих факторов и липидного спектра и [10, 11].

Обращали на себя внимание различия в возрастной структуре пожилых и старых пациентов двух стационаров — не гериатрического и гериатрического. В первом случае основу составили лица в возрасте от 60 до 70 лет ( $n=116$ ; 64,9%), во втором, наоборот, старше 70 лет ( $n=49$ ; 89,1%);  $p<0,001$ . Но зато, в отличие от

126 (70,4%) пациентов не гериатрических стационаров, страдавших одновременно тремя и более значимыми, хроническими соматическими заболеваниями, у всех 55 (100%) госпитализированных в гериатрическое отделение диагностирован подобный «набор» болезней ( $p<0,01$ ). Поэтому складывается впечатление о том, что одним из основных критериев госпитализации именно в гериатрический стационар явился не только возраст старше 70 лет, но и множественность хронических патологических процессов, в своей основе возрастзависимых, сочетающихся у одного и того же пациента.

При сравнительном анализе относительной частоты встречаемости ряда заболеваний и синдромов среди пациентов специализированного гериатрического стационара и пожилых пациентов не гериатрических стационаров совпадения касались только АГ (соответственно 100% и 98,3%) и церебральных инсультов (соответственно 41,8% и 35,8%);  $p>0,05$ . В 100% все пациенты гериатрического стационара, как и пациенты, лечившиеся в других стационарах, страдали патологией опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта. Кроме того, у всех 55 (100%) пациентов при использовании клинических и инструментальных диагностических методик была диагностирована цереброваскулярная патология, у 32 (58,2%) — в форме первичной хронической ишемии головного мозга, дисциркуляторной энцефалопатии. Этим была обусловлена высокая частота клинически отчетливо выраженных когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста, госпитализированных в гериатрический стационар ( $n=49$ ; 89,1%);  $p<0,01$ . По остальным заболеваниям и синдромам (рис. 2) выявлены существенные различия ( $p<0,05 - 0,001$ ).

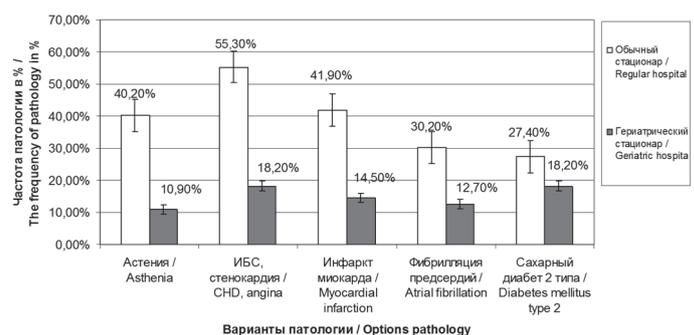


Рис. 2. Сравнительная частота патологических процессов среди пациентов разных по профилю стационаров

Fig. 2. Comparative frequency of pathological processes in patients of different profile hospitals

Исходя из полученных данных, представляется очевидным, что контингент пациентов, госпитализированных в гериатрический стационар, страдает преимущественно когнитивными расстройствами, нару-

шениями опорно-двигательных функций и заболеваниями желудочно-кишечного тракта. Именно клиническая выраженность когнитивных и двигательных нарушений, требующая практически постоянного надзора и проведения мероприятий по уходу за пациентами, явилась поводом для их госпитализации в гериатрический стационар. Преследовались при этом также цели определения или же повышения группы инвалидности и хотя бы временного высвобождения родственников пожилых и престарелых пациентов от той тяжелой нагрузки, которая нередко непосильной ношей ложилась на их плечи и ограничивала трудовые и социальные возможности. Пациенты же, страдающие сердечно-сосудистой патологией, невзирая на их возраст, в 3–4 раза чаще госпитализируются в стационары общего терапевтического профиля или в специализированные — кардиологические, гастроэнтерологические, неврологические и др.

Тяжесть сочетанных патологических процессов, выявленных у пациентов гериатрического стационара, представлялась высокой. Например, у 5 (50%) из 10 пациентов, страдавших сахарным диабетом 2 типа, имели место признаки выраженной диабетической полинейропатии, у 1 (10%) произведена ампутация нижней конечности на уровне средней трети голени. У 3 (30%) пациентов с сахарным диабетом диагностирована ИБС, стенокардия 2 функционального класса, у 1 (10%) произведено стентирование коронарных артерий. Из 7 пациентов с фибрилляцией предсердий 1 (14,3%) перенес тромбоэмболию легочной артерии, 2 (28,6%) — острые нарушения мозгового кровообращения.

Весьма неожиданной оказалась существенная разница (40,2% и 10,9%;  $p < 0,001$ ) в частоте выявления астении среди двух сравниваемых контингентов больных, госпитализированных в стационары разного профиля. Значительно меньшая частота астенических расстройств, выявленная среди пациентов гериатрического стационара, может объясняться более строгими требованиями, предъявляемыми к постановке данного диагноза со стороны врачей, имеющих профессиональную гериатрическую подготовку. Вполне вероятно, что врачи общего, не гериатрического профиля, не проводя комплексной гериатрической оценки состояния пациента, к разряду старческой астении могут относить в целом тяжело протекающую, тем более сочетанную патологию у лиц пожилого и старческого возраста, сопровождающуюся классическими вариантами астенического синдрома. Это, в свою очередь, может оказать негативное влияние на процесс лечения таких пациентов.

## Выводы

1. С точки зрения сравнительной частоты выявления той или иной патологии у представителей разно-

го возраста, обследованных в условиях стационара, абсолютно возраст-ассоциированными заболеваниями являются болезни опорно-двигательного аппарата, желудочно-кишечного тракта и АГ, которые являются практически облигатными для представителей пожилого и старческого возраста и значительно реже диагностируются среди лиц молодого и среднего возраста.

2. Несмотря на укоренившееся мнение, не подтвержден факт того, что все сердечно-сосудистые заболевания являются возраст-ассоциированными. Среди пациентов пожилого и старческого возраста отчетливо преобладает только частота выявления ПИКС, нарушений сердечного ритма в форме фибрилляции предсердий и сахарного диабета 2 типа. Острые нарушения мозгового кровообращения, инсульты значительно более характерны для лиц в возрасте до 60 лет, а частота ИБС без формирования инфаркта миокарда обнаруживает некоторый рост только в период 60–75 лет. Имеет значение также и половая принадлежность пациента.

3. Когнитивные расстройства одинаково часто встречаются как в пожилом и старческом, так и в молодом и среднем возрасте, но их выраженность отчетливо зависит от увеличения возраста и числа хронических заболеваний у конкретного пациента при этиологической неоднородности когнитивного дефицита в разных возрастных категориях.

4. Среди пациентов в гериатрического стационара наблюдается совершенно особая «палитра» патологических процессов, требующих не столько диагностики и лечения, сколько проведения мероприятий по уходу в связи с множественностью и тяжестью имеющихся заболеваний, в том числе психиатрического профиля.

5. Результаты представленного исследования могут оказаться весьма полезными для выбора приоритетных направлений подготовки врачей-гериатров и для возможного расширения списка базовых специальностей, на основе которых планируется такая подготовка.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 38н от 29 января 2016 г. «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «Гериатрия».
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 36н от 22 января 2014 г. «Об утверждении примерных дополнительных профессиональных программ медицинского образования по специальности «Гериатрия».
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации № 707н от 8 октября 2015 г. «Об утверждении квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки». Специальность «Гериатрия».
4. Клинико-патогенетические особенности ишемического инсульта у представителей разного пола и возраста / В.С. Мякотных, Е.Ю. Кравцова, Г.А. Мартынова и др. // Успехи геронтологии.- 2015.- Т. 28, №3. С. 484-492.
5. Мякотных В.С., Торгашов М.Н., Боровкова Т.А. Жизнь – старение – стресс.- С.-Пб : ООО «Издательский дом Сатори», 2017. 218 с.
6. Мякотных В.С., Торгашов М.Н., Боровкова Т.А. Стресс и возраст.- Екатеринбург: Изд-во УГМУ, 2016.- 320 с.
7. Miyoshi K. What is early onset dementia? Psychogeriatrics.- 2009.- V. 9, Issue 2, June. pp. 67–72.
8. Stern S., Behar S., Gottlieb S. Aging and Diseases of the Heart. Circulation. 2003. № 108 (7, October). pp. 1-3.
9. Рунихина Н.К., Остапенко В.С., Шарашкина Н.В. и др. Методические рекомендации по ведению пациентов со старческой астенией для врачей первичного звена здравоохранения. М. : Изд-во РНИМУ им. Н.И. Пирогова, 2016. 13 с.
10. Возрастные и половые аспекты состояния липидного спектра и стресс-реализующих систем человеческого организма в процессе старения / В.С. Мякотных, В.В. Емельянов, И.В. Гаврилов и др. // Успехи геронтологии.- 2015.- Т. 28, №4. С. 718-724.
11. Мякотных В.С., Березина Д.А., Боровкова Т.А., Гаврилов И.В. Сравнительная биохимия процесса старения мужчин и женщин // Успехи геронтологии. 2014. Т. 27. №4. С. 612-620.

## REFERENCES

1. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii № 38n ot 29 yanvarya 2016 g. «Ob utverzhdenii Poryadka okazaniya medicinskoj pomoshchi po profilu «Geriatriya» (In Russ).
2. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii № 36n ot 22 yanvarya 2014 g. «Ob utverzhdenii primernyh dopolnitel'nyh professional'nyh programm medicinskogo obrazovaniya po special'nosti «Geriatriya» (In Russ).
3. Prikaz Ministerstva zdravoohraneniya Rossijskoj Federacii № 707n ot 8 oktyabrya 2015 g. «Ob utverzhdenii kvalifikacionnyh trebovanij k medicinskim i farmacevticheskim rabotnikam s vysshim obrazovaniem po napravleniyu podgotovki «Zdravoohranenie i medicinskie nauki». Special'nost' «Geriatriya» (In Russ).
4. Kliniko-patogeneticheskie osobennosti ishemicheskogo insul'ta u predstavitelej raznogo pola i vozrasta. V.S. Myakotnyh, E.Yu. Kravcova, G.A. Martynova i dr. Uspekhi gerontologii. 2015. V. 28, No. 3. pp. 484-492 (In Russ).
5. Myakotnyh V.S., Torgashov M.N., Borovkova T.A. Zhizn' – starenie – stress.- S.-Pb : ООО «Izdatel'skij dom Satori», 2017. 218 p. (In Russ).
6. Myakotnyh V.S., Torgashov M.N., Borovkova T.A. Stress i vozrast.- Ekaterinburg : Izd-vo UGMU, 2016. 320 p. (In Russ).
7. Miyoshi K. What is early onset dementia? Psychogeriatrics. 2009. V. 9, Issue 2, June. pp. 67–72.
8. Stern S., Behar S., Gottlieb S. Aging and Diseases of the Heart. Circulation. 2003. No. 108 (7, October). pp. 1-3.
9. Runihina N.K., Ostapenko V.S., Sharashkina N.V. i dr. Metodicheskie rekomendacii po vedeniyu pacientov so starcheskoj asteniej dlya vrachej pervichnogo zvena zdravoohraneniya. M. : Izd-vo RNIMU im. N.I. Pirogova, 2016. 13 p. (In Russ).
10. Vozrastnye i polovye aspekty sostoyaniya lipidnogo spektra i stress-realizuyushchih sistem chelovecheskogo organizma v processe stareniya. V.S. Myakotnyh, V.V. Emel'yanov, I.V. Gavrilov i dr. Uspekhi gerontologii. 2015. V. 28, No. 4. pp. 718-724 (In Russ).
11. Myakotnyh V.S., Berezina D.A., Borovkova T.A., Gavrilov I.V. Sravnitel'naya biokhimiya processa stareniya muzhchin i zhenshchin. Uspekhi gerontologii. 2014. V. 27. No. 4. pp. 612-620 (In Russ).

Авторы

Мякотных Виктор Степанович  
Заведующий кафедрой гериатрии, профессор, доктор  
медицинских наук

Остапчук Екатерина Сергеевна

Докторант кафедры гериатрии  
кандидат медицинских наук

Постовалова Валентина Леонидовна

Соискатель кафедры гериатрии

Шеломенцева Елена Борисовна

Соискатель кафедры гериатрии

Уральский государственный медицинский универси-

тет, кафедра гериатрии

Российская Федерация, 620036, Екатеринбург, ул. Со-

болева, 25, Свердловский областной клинический

психоневрологический госпиталь для ветеранов войн

vmaykotnykh@yandex.ru

Authors

Viktor S. Myakotnykh

Ekaterina S. Ostapchuk

Valentina L. Postovalova

Elena B. Shelomenceva

Ural State Medical University, Department of Geriatric

Russian Federation, 620036 Yekaterinburg, Soboleva

Street, 25

vmaykotnykh@yandex.ru