

*Кузнецова Д. Н., Кочетова В. Н.*

**ЧАСТОТА ВСТРЕЧАЕМОСТИ ХРОНИЧЕСКИХ НЕИНФЕКЦИОННЫХ  
ЗАБОЛЕВАНИЙ У ПАЦИЕНТОВ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С  
ПОЛИМОРБИДНОСТЬЮ И СТАРЧЕСКОЙ АСТЕНИЕЙ**

*Научный руководитель д-р мед. наук, проф. Голованова Е. Д.*

*Кафедра общей врачебной практики, поликлинической терапии с курсом гериатрии ФДПО  
Смоленский государственный медицинский университет, Смоленск*

**Актуальность.** В связи с увеличением продолжительности жизни населения, число пациентов старшего возраста с полиморбидностью и гериатрическими синдромами неуклонно растет. Ведущим и наиболее значимым по своим последствиям в современной гериатрии является синдром «старческой астении» (СА, frailty – «хрупкость»). Взаимоотягощающее влияние друг на друга имеющихся у пациентов старших возрастных групп хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и СА значительно ухудшает прогноз и качество их жизни, что требует разработки определенной тактики ведения таких пациентов.

**Цель:** изучить частоту встречаемости ХНИЗ у пациентов пожилого, старческого возраста и долгожителей в зависимости от наличия/отсутствия старческой астении.

**Материалы и методы.** Исследовано состояние здоровья с помощью метода комплексной гериатрической оценки (КГО) у 300 пациентов, разделенных на 3 равные по количеству возрастные группы: пожилого (65-74 года), старческого возраста (75-89 года) и возраста долгожителей (старше 90 лет). Для дальнейшего исследования в каждой из 3 возрастных групп по скрининговой шкале «Возраст не помеха» проведен отбор пациентов с предполагаемым синдромом старческой астении (сумма баллов 3 и более). Для расчета «индекса коморбидности Charlson» и распространенности ХНИЗ – артериальной гипертензии (АГ), ишемической болезни сердца (ИБС) и их осложнений – хронической сердечной недостаточности (ХСН) и фибрилляции предсердий (ФП), сахарного диабета 2 типа (СД), хронической обструктивной болезни легких (ХОБЛ) у всех пациентов проведен проспективный анализ историй болезни и амбулаторных карт.

**Результаты и их обсуждение.** Синдром «старческой астении», верифицированный по скринингу «Возраст не помеха» и подтвержденный по данным динамометрии и теста на скорость ходьбы, являющихся тестами, предложенными для оценки функции скелетных мышц (рекомендации EWGSOP 2010 – Европейская рабочая группа по саркопении у пожилых людей) выявлялся у 17 % пациентов 1 группы, 39 % – 2 группы и у 58 % пациентов 3 группы. Анализ частоты встречаемости ХНИЗ у пациентов с наличием или отсутствием СА в исследуемых возрастных группах показал, что АГ встречалась с одинаковой частотой в обеих когортах во всех трех группах, в то время как ИБС преобладала по частоте встречаемости у больных со СА, особенно у пациентов старческого возраста во 2 группе (53,8%; против 32,8% без СА,  $p < 0,05$ ). Распространенность осложнений ИБС – ХСН и ФП также явно преобладала у пациентов со СА. Частота встречаемости СД 2 типа не была связана с синдромом СА, а ХОБЛ - была значительно выше у пациентов со СА старше 85 лет. При исследовании индекса коморбидности Charlson» наибольшее количество баллов (37) было получено в 3 возрастной группе.

**Выводы.** Распространенность синдрома «старческой астении» значительно увеличивается в возрасте старше 85 лет, что требует коррекции медикаментозной терапии с учетом «гериатрического компонента» в структуре диагноза. В структуре ХНИЗ у пациентов с наличием СА преобладают: АГ, ИБС и их осложнения - ХСН и ФП, что требует разработки мер персонализированной профилактики СА. Взаимоотягощающее влияние СА и ХСН в сочетании с ФП следует учитывать при назначении новых оральных антикоагулянтов. Наибольший индекс коморбидности у пациентов 3 возрастной группы является независимым предиктором неблагоприятного прогноза для жизни.