

Клинико-функциональные особенности пожилых пациентов патронажной группы с синдромом старческой астении

К. Ш. Гарунов¹

А. А. Герцог²

Т. Е. Морозова³

¹ Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва, Россия, garunov.kamil@mail.ru, <https://orcid.org/0009-0001-1033-4034>

² Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва, Россия, gertsog_a_a@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3324-5472>

³ Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова, Москва, Россия, morozova_t_e@staff.sechenov.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3748-8180>

Резюме

Введение. На сегодняшний день в первичном звене здравоохранения актуальной проблемой является оказание медицинской помощи пациентам патронажной группы. Одним из распространенных синдромов, который отягощает их состояние, является старческая астения. Для разработки эффективных стратегий профилактики и лечения необходимы дополнительные исследования, направленные на выявление клинических и функциональных особенностей у патронажных пациентов со старческой астенией.

Цель работы. Изучить особенности клинического состояния и функционального статуса пациентов патронажной группы с синдромом старческой астении.

Материалы и методы. В исследовании приняли участие 280 пациентов, находящихся на патронаже, — 78 мужчин и 202 женщины в возрасте от 60 до 100 лет, средний возраст составил 81 год [72; 86]. В зависимости от наличия синдрома старческой астении пациенты были распределены в две группы. Методы исследования включали общий клинический осмотр с измерением антропометрических параметров и изучением медицинской документации, комплексную гериатрическую оценку, опросник «Возраст не помеха», оценку нутритивного статуса, интенсивности хронического болевого синдрома, показателей базовой и инструментальной активности, психоэмоциональной сферы и когнитивного статуса. Статистический анализ проводился с помощью программы StatTech v. 4.1.2 и SPSS Statistics v.26.

Результаты. В группе патронажных пациентов синдром старческой астении ассоциирован с наличием сердечно-сосудистой патологии — гипертонической болезнью ($p = 0,010$), цереброваскулярными заболеваниями ($p < 0,001$), ишемической болезнью сердца ($p = 0,051$), хронической сердечной недостаточностью ($p = 0,048$), нарушениями сердечного ритма ($p = 0,049$) и атеросклеротическим поражением сосудов конечностей ($p = 0,054$). Количество мультиморбидностей у патронажных пациентов также ассоциировано с наличием старческой астении и составляет в среднем 6 [5; 8] патологий. Наличие синдрома старческой астении ухудшает показатели нутритивного статуса (10 [9; 12] баллов, $p = 0,005$), негативно влияет на функциональную активность (средний балл по шкале Бартела — 65,00 [45,00; 80,00], средний балл по шкале Лоутона — 0,00 [0,00; 2,00], $p < 0,001$), чаще определяется в взаимосвязь с недементными когнитивными расстройствами и деменцией (28,9% и 60,2% пациентов соответственно, $p < 0,001$). Однако не было отмечено различий между показателями болевого восприятия и депрессии в зависимости от наличия синдрома старческой астении.

Заключение. Старческая астения в группе патронажных пациентов ассоциирована с патологией сердечно-сосудистой системы, а также с распространенными гериатрическими синдромами — синдромом мальнутриции, нарушением функциональной активности и когнитивными расстройствами, что требует особого внимания и профилактического подхода, направленного на снижение риска госпитализаций и улучшение качества жизни.

Ключевые слова: патронажный пациент, патронажная помощь, гериатрические синдромы, старческая астения, пожилые пациенты.

Для цитирования: Гарунов К. Ш., Герцог А. А., Морозова Т. Е. Клинико-функциональные особенности пожилых пациентов патронажной группы с синдромом старческой астении. Лечащий Врач. 2024; 6 (27): 71-77. <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.6.010>

Конфликт интересов. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

Clinical and functional features of elderly patients with frailty syndrome receiving treatment at home

Kamil Sh. Garunov¹

Anna A. Gertsog²

Tatiana E. Morozova³

¹ I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, garunov.kamil@mail.ru,

<https://orcid.org/0009-0001-1033-4034>

² I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, gertsog_a_a@staff.sechenov.ru,

<https://orcid.org/0000-0002-3324-5472>

³ I. M. Sechenov First Moscow State Medical University, Moscow, Russia, morozova_t_e@staff.sechenov.ru,

<https://orcid.org/0000-0002-3748-8180>

Abstract

Background. An urgent problem in primary health care is the provision of medical care to patients who received treatment at home (the patronage group). One of the common syndromes aggravates the condition of this group of patients is frailty (senile asthenia). Additional research is needed to identify clinical and functional characteristics in patronage patients associated with the senile asthenia to develop effective prevention and treatment strategies.

Objective. To study the features of the clinical condition and functional status of patronage patients with frailty syndrome.

Materials and methods. The study involved 280 patronage patients – 78 men and 202 women aged from 60 to 100 years (average age 81 years [72; 86]). Depending on the senile asthenia patients were divided into two groups. Research methods included a general clinical examination with measurement of anthropometric parameters and study of medical documentation, a comprehensive geriatric assessment, the "Vozrast ne pomexha" questionnaire, assessment of nutritional status, intensity of chronic pain syndrome, indicators of basic and instrumental activity, indicators of the psychoemotional state and cognitive status. Statistical analysis was carried out using the StatTech v.4.1.2 and SPSS Statistics v.26.

Results. In the group of patronage patients senile asthenia syndrome is associated with the presence of cardiovascular pathology – hypertension ($p = 0,010$), cerebrovascular diseases ($p < 0,001$), coronary heart disease ($p = 0,051$), chronic heart failure ($p = 0,048$), arrhythmia ($p = 0,049$) and atherosclerosis of the extremities vessels ($p = 0,054$). The number of multimorbidities in patronage patients is also associated with the frailty and averages 6 [5; 8] pathologies. The presence of senile asthenia syndrome worsens nutritional status indicators (10 [9; 12] points, ($p = 0,005$), negatively affects functional activity (Barthel scale, mean score 65,00 [45,00; 80,00], Lawton scale, mean score 0,00 [0,00; 2,00], $p < 0,001$), and the relationship with non-dementia cognitive disorders and dementia is more often determined (28,9% and 60,2% of patients, respectively, $p < 0,001$). However, there were no differences between pain perception and depression scores depending on the presence of frailty syndrome.

Conclusion. Frailty syndrome among elderly patients receiving treatment at home is associated with pathologies of the cardiovascular system as well as with common geriatric syndromes – malnutrition syndrome, impaired functional activity and cognitive disorders which requires special attention and a preventive approach aimed at reducing the risk of hospitalization and improving quality of life.

Keywords: patronage patient, patronage care, geriatric syndromes, senile asthenia, frailty, elderly patients.

For citation: Garunov K. Sh., Gertsog A. A., Morozova T. E. Clinical and functional features of elderly patients with frailty syndrome receiving treatment at home. *Lechaschi Vrach.* 2024; 6 (27): 71-77. (In Russ.) <https://doi.org/10.51793/OS.2024.27.6.010>

Conflict of interests. Not declared.

В амбулаторно-поликлинической практике особое внимание уделяется вопросам оказания медицинской помощи пациентам патронажной группы, нуждающимся в долгосрочном наблюдении [1]. Среди этих пациентов преобладают люди пожилого и старческого возраста, чье состояние зачастую осложняется присоединением синдрома старческой астении (СА), который сам по себе представляет одну из важных проблем общественного здоровья, в том числе и для систем здравоохранения.

Синдром СА, характеризующийся снижением уровня общей жизненной активности и физических способностей пожилых людей, оказывает негативное влияние на общий функциональный статус наиболее уязвимой группы пациентов, нуждающихся в долговременном уходе [2]. СА приводит к снижению способности к самообслуживанию, мобильности, физической выносливости и когнитивных способностей у данной категории пациентов. Также СА часто сопровождается слабостью, усталостью, потерей интереса к жизни и депрессией, что, безусловно, ухудшает социальное взаимодействие и качество жизни в целом [3, 4].

Очевидно, что эффективные стратегии, направленные на профилактику и лечение СА у пациентов патронажной группы, позволят снизить негативное влияние этого синдрома как на качество жизни конкретного пациента, так и на систему здравоохранения в целом. Для разработки эффективных стратегий профилактики необходимы дополнительные исследования, направленные на выявление особенностей течения синдрома СА у патронажных пациентов, оценку и изучение показателей, ассоциированных с развитием синдрома СА.

В связи с этим нами было проведено исследование с целью изучения особенностей клинического состояния и функционального статуса пациентов патронажной группы с синдромом СА.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведено одноцентровое сравнительное клиническое исследование по оценке клинко-функциональных особенностей пациентов пожилого и старческого возраста с синдромом СА, находящихся на патронажном наблюдении.

Исследование одобрено локальным этическим комитетом ФГАОУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова Минздрава России (протокол №01/23 от 18.03.2023).

Критерии включения:

- пациенты мужского и женского пола в возрасте 60 лет и старше;
- наличие показаний для долговременного ухода (патронажной помощи);
- подписание информированного согласия на участие в исследовании.

Критерии не включения:

- наличие состояний и/или заболеваний, препятствующих участию в исследовании, в т. ч.:
 - психических заболеваний;
 - иммунодефицита (инфицирование вирусом иммунодефицита человека — ВИЧ, синдром приобретенного иммунодефицита — СПИД);
 - острых заболеваний;
 - обострений хронических заболеваний;
 - полная утрата способности к самообслуживанию.

Критерии исключения:

- отказ от участия в исследовании.

Методы исследования включали:

- общий клинический осмотр с измерением антропометрических параметров — роста и веса с расчетом индекса массы тела (ИМТ, кг/м²);
- анализ медицинской документации для оценки структуры заболеваемости и статуса коморбидности;
- комплексную гериатрическую оценку и анкетирование с использованием опросника «Возраст не помеха» для выявления синдрома старческой астении;
- оценку нутритивного статуса — синдрома мальнутриции с помощью краткой шкалы оценки питания (MNA);
- оценку интенсивности хронического болевого синдрома (ХБС) с помощью визуально-аналоговой шкалы (ВАШ);
- оценку показателей функциональной активности — базовой и инструментальной (индекс Бартела, шкала Лоутона);
- оценку показателей психоэмоциональной сферы — гериатрическая шкала депрессии (GDS-15), краткая шкала оценки психического статуса (MMSE).

В исследование было включено 280 пациентов, отвечающих критериям включения, не включения и исключения, из них 78 мужчин (27,9%) и 202 женщины (72,1%) в возрасте от 60 лет до 100 лет, средний возраст — 81 год [72; 86]. Демографические и антропометрические характеристики пациентов, включенных в исследование, представлены в табл. 1.

Все пациенты, включенные в исследование, были разделены на две группы в зависимости от наличия/отсутствия синдрома СА: группа I — пациенты с синдромом СА и преастении (CA+), группа II (группа сравнения) — пациенты без признаков синдрома СА (CA-).

Статистический анализ проводился при помощи программы StatTech v. 4.1.2 и SPSS Statistics v.26.

РЕЗУЛЬТАТЫ

По результатам тестирования с помощью теста «Возраст не помеха» синдром СА и преастении выявлен у 266 из 280 патронажных пациентов (95%), которые вошли в основную группу CA+. Остальные 14 пациентов без признаков СА составили группу контроля (CA-). Демографические и антропометрические характеристики пациентов представлены в табл. 2.

Как видно из табл. 2, наиболее значимым демографическим фактором, влияющим на наличие СА, является возраст

Таблица 1. **Демографические и антропометрические характеристики патронажных пациентов, включенных в исследование [таблица составлена авторами]** / Demographic and anthropometric characteristics of patronage patients [table compiled by the authors]

Показатели		Абс.	%	95% ДИ
Всего		n = 280		
Возрастные категории	Пациенты пожилого возраста	99	35,4	29,8-41,3
	Пациенты старческого возраста	141	50,4	44,3-56,4
	Долгожители	40	14,3	10,4-18,9
Пол	Муж.	78	27,9	22,7-33,5
	Жен.	202	72,1	66,5-77,3
		Me	Q ₁ – Q ₃	Min – Max
Возраст, лет		81,00	71,75-86,00	60,00 – 100,00
Рост, см		162,00	158,00-165,00	148,00 – 182,00
Вес, кг		75,00	70,00-84,25	45,00 – 180,00
ИМТ (кг/м ²)		28,36	25,94-32,39	19,49 – 66,12

Таблица 2. **Демографические и антропометрические характеристики пациентов патронажной группы в зависимости от наличия синдрома СА [таблица составлена авторами]** / Demographic and anthropometric characteristics of patronage patients depending on the frailty syndrome [table compiled by the authors]

Характеристики	Группа I (CA+) n = 266	Группа II (CA-) n = 14	p-value
Пол муж. жен.	73 (64,3%) 193 (72,6%)	5 (35,7%) 9 (27,4%)	0,501
Возраст, лет	81 [72,00-86,00]	70 [65,25-74,50]	0,001*
Пожилой возраст	89 (33,5%)	10 (71,4%)	0,012*
Старческий возраст	137 (51,5%)	4 (28,6%)	
Долгожители	40 (15,0%)	0 (0,0)	
Рост, см	162 [158-165]	166 [160-170]	0,062
Вес, кг	75,00 [70,00-84,75]	75,00 [70,00-80,00]	0,962
ИМТ (кг/м ²)	28,56 [25,95-32,39]	26,70 [25,53-29,45]	0,263

Примечание. * — различия показателей статистически значимы (p < 0,05).

(p < 0,001). Гендерное распределение и антропометрические показатели были сопоставимы в исследуемых группах.

Анализ структуры заболеваемости и статуса коморбидности показал, что в группе пожилых патронажных пациентов с СА преобладают заболевания сердечно-сосудистой системы (табл. 3).

Как видно из табл. 3, у патронажных пациентов с СА достоверно чаще встречаются гипертоническая болезнь (ГБ; p = 0,010), цереброваскулярные заболевания (p < 0,001), ишемическая болезнь сердца (ИБС; p = 0,051). Помимо ГБ и ИБС, группа пациентов CA+ отличается высокой частотой хронической сердечной недостаточности (ХСН; p = 0,048),

Таблица 3. Структура заболеваемости патронажных пациентов с синдромом СА [таблица составлена авторами] / Morbidity structure in patronage patients with frailty syndrome [table compiled by the authors]

Основные нозологии	Группа I (СА+) (n = 266)	Группа II (СА-) (n = 14)	p-value
ГБ	258 (97,4)	11 (78,6)	0,010*
Цереброваскулярная болезнь	246 (92,8)	9 (64,3)	< 0,001*
ИБС	152 (57,4)	4 (28,6)	0,051*
ХСН	116 (43,8)	2 (14,3)	0,048*
Нарушения ритма	112 (42,3)	2 (14,3)	0,049*
Запор	106 (40,0)	2 (14,3)	0,088
Сахарный диабет (СД) 1-го и 2-го типа	94 (35,5)	3 (21,4)	0,392
Остеоартрит	59 (22,3)	2 (14,3)	0,481
Дорсопатии	56 (21,1)	0 (0,0)	0,054
Хроническая болезнь почек	41 (15,5)	1 (7,1)	0,396
Катаракта	40 (15,1)	0 (0,0)	0,116
Вертебрально-базиллярная недостаточность	39 (14,7)	2 (14,3)	0,965
Анемия (В ₁₂ -дефицитная, железодефицитная)	35 (13,2)	0 (0,0)	0,146
Желчнокаменная болезнь	32 (12,1)	0 (0,0)	0,167
Злокачественное новообразование	32 (12,1)	4 (28,6)	0,073
Атеросклероз сосудов конечностей	30 (11,3)	4 (28,6)	0,054*
Дисциркуляторная энцефалопатия	23 (8,7)	0 (0,0)	0,25
Гипотиреоз	23 (8,7)	0 (0,0)	0,25
Остеопороз	22 (8,3)	1 (7,1)	0,878
Доброкачественная гиперплазия предстательной железы	15 (5,7)	1 (7,1)	0,816
Пороки сердца	15 (5,7)	0 (0,0)	0,36
Мочекаменная болезнь	15 (5,7)	0 (0,0)	0,36
Глаукома	14 (5,3)	1 (7,1)	0,764
Пиелонефрит	14 (5,3)	0 (0,0)	0,378
Бронхиальная астма	13 (4,9)	1 (7,1)	0,709
Болезнь Паркинсона	12 (4,5)	0 (0,0)	0,416
Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки	12 (4,5)	0 (0,0)	0,416
Хронический гастрит	11 (4,2)	0 (0,0)	0,437
Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	8 (3,0)	0 (0,0)	1
Хроническая обструктивная болезнь легких	8 (3,0%)	1 (7,1%)	0,375
Хронический бронхит	7 (2,7)	1 (7,1)	0,343
Общее количество мультиморбидностей	6 [5; 8]	4,5 [2,25; 5]	p < 0,001
Подагра	5 (1,9)	1 (7,1)	0,268
Другие заболевания глаз	4 (1,5)	0 (0,0)	1
Гломерулонефрит	3 (1,1)	0 (0,0)	1
Болезнь Альцгеймера	2 (0,8)	0 (0,0)	1
Гипертиреоз	2 (0,8)	0 (0,0)	1
Рассеянный склероз	1 (0,4)	0 (0,0)	1
Неалкогольная жировая болезнь печени	1 (0,4)	0 (0,0)	1

Примечание. * — различия показателей статистически значимы (p < 0,05).

нарушениями сердечного ритма (p = 0,049) и атеросклеротическим поражением сосудов конечностей (p = 0,054) (табл. 3). Количество мультиморбидностей в структуре заболеваний у патронажных пациентов также ассоциировано с наличием СА и составляет в среднем 6 [5; 8] патологий при наличии СА против 4,5 [2,25; 5] у патронажных пациентов СА- (p < 0,001).

Результаты изучения нутритивного статуса, интенсивности хронического болевого синдрома (ХБС), функциональной

активности и показателей психоэмоциональной сферы у патронажных пациентов с синдромом СА представлены в табл. 4.

Как видно из табл. 4, показатели нутритивного статуса, полученные с помощью краткой шкалы оценки питания (MNA), в обеих группах пациентов независимо от СА имели признаки синдрома мальнутриции, однако у больных с синдромом СА показатели нутритивного статуса ниже (10 [9;12]), чем у пациентов без СА (12,5 [11; 13]) (p = 0,005) (табл. 4, рис. 1).

Таблица 4. Показатели нутритивного статуса, интенсивности ХБС, функциональной активности и психоэмоциональной сферы у патронажных пациентов с синдромом СА [таблица составлена авторами] / Indicators of nutritional status, intensity of chronic pain syndrome, functional activity and indicators of the psychoemotional state in patronage patients with frailty syndrome [table compiled by the authors]

Показатели	Группа I (CA+) (n = 266)	Группа II (CA-) (n = 14)	p-value
Показатель нутритивного статуса по краткой шкале оценки питания (MNA), баллы	10 [9; 12]	12,5 [11; 13]	0,005
Наличие ХБС, кол-во пациентов (n)	161 (60,8)	6 (42,9)	0,263
Интенсивность ХБС с помощью ВАШ, баллы	0,00 [0,00-3,00]	1,00 [0,00-3,75]	0,294
Показатели функциональной активности			
● базовой функциональной активности (шкала Бартела), баллы	65,00 [45,00; 80,00]	87,50 [81,25; 90,00]	< 0,001*
● инструментальной функциональной активности (шкала Лоутона), баллы	0,00 [0,00; 2,00]	2,00 [2,00; 4,00]	< 0,001*
Гериатрическая шкала депрессии GDS-15, баллы	4,00 [0,00-6,00]	2,00 [0,50-4,00]	0,333
Оценка когнитивного статуса с помощью Краткой шкалы оценки психического статуса (MMSE), баллы	23,00 [16,00; 26,00]	28,00 [26,25; 29,00]	< 0,001*
● норма, n	27 (10,9%)	8 (57,1%)	< 0,001*
● недементные когнитивные расстройства, n	77 (28,9%)	5 (35,7%)	< 0,001*
● деменция, n	161 (60,2%)	1 (7,2%)	< 0,001*

Примечание. * — различия показателей статистически значимы ($p < 0,05$).

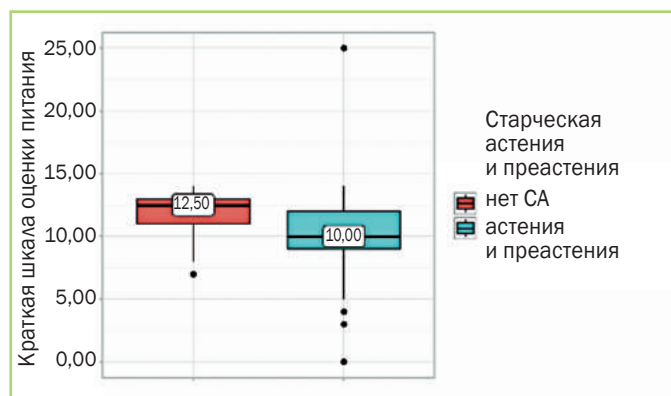


Рис. 1. Показатели синдрома мальнутриции по данным краткой шкалы оценки питания (MNA) у патронажных пациентов в зависимости от наличия синдрома СА [предоставлено авторами] / Indicators of malnutrition syndrome according to the brief nutritional assessment scale (MNA) in patronage patients depending on the presence of frailty syndrome [provided by the authors]

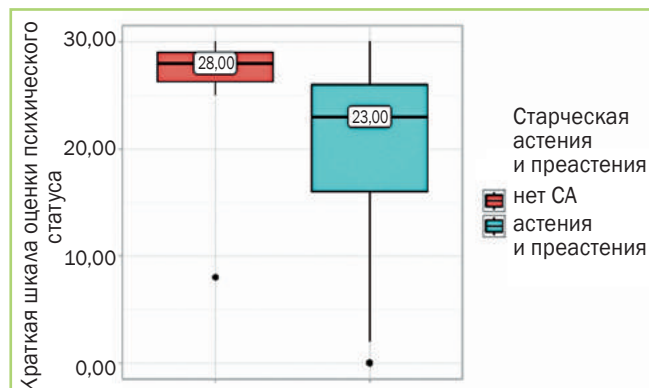


Рис. 2. Показатели когнитивного статуса по данным Краткой шкалы оценки психического статуса (шкалы MMSE) [предоставлено авторами] / Indicators of cognitive status according to the Mini-Mental State Examination Scale (MMSE scale) [provided by the authors]

Также была выявлена статистически значимая взаимосвязь показателя СА (балл по шкале «Возраст не помеха») и показателя нутритивного статуса (MNA, балл) ($p = -0,304$; $p < 0,001$).

При анализе частоты встречаемости ХБС и его интенсивности статистически значимых различий в группах патронажных пожилых пациентов выявлено не было ($p = 0,263$ и $p = 0,294$ соответственно), но отмечено, что среди стариков, пожилых и долгожителей ХБС имеется у 42,9%, 40,4% и 32,5% соответственно.

Анализ показателей функциональной активности продемонстрировал, что показатели базовой и инструментальной функциональной активности (шкалы Бартела и Лоутона соответственно) достоверно ниже у пациентов с СА ($p < 0,001$). Это свидетельствует о том, что патронажные пациенты с СА испытывают значительную потребность в посторонней помощи в повседневной активности в обыденной жизни.

Анализ показателей психоэмоциональной сферы с помощью гериатрической шкалы депрессии GDS-15 не выявил ее признаков у пациентов обеих групп.

Оценка когнитивного статуса с помощью MMSE показала, что недементные когнитивные расстройства и деменция свойственны группе с СА (28,9% и 60,2% больных соответственно) в отличие от пациентов, не страдающих СА ($p < 0,001$; табл. 4, рис. 2).

ОБСУЖДЕНИЕ

Гериатрические синдромы широко распространены среди патронажных пациентов, они тесно взаимосвязаны друг с другом и влияют на качество жизни данной группы больных [4, 5]. Однако на сегодняшний день не так много исследований, которые бы демонстрировали клинические особенности данной группы пациентов в зависимости от наличия СА и других гериатрических синдромов.

Существует немало исследований, которые демонстрируют взаимосвязь СА с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). В исследовании О. Н. Ткачевой и соавт. при участии 5240 пожилых пациентов, ответивших на вопросы опросника «Возраст не помеха», СА чаще сопутствовала пациентам с артериальной гипертензией, чем с нормотонией (29,1% и 10,5%, $p = 0,012$) [6]. Исследование Я. П. Сандакова и соавт. при участии 1615 человек на патронаже, из которых

94% пациентов — старше трудоспособного возраста и 65% — в возрасте 80 лет и старше, в структуре заболеваемости наиболее часто имели цереброваскулярную болезнь (ЦВБ) — 1547 пациентов (96%), артериальную гипертензию — 1469 (91%) и ИБС — 1343 (83%) [7]. В крупном метаанализе зарубежных коллег, включившем 26 исследований ($n = 6896$), распространенность СА при ХСН составила 44,5% (ДИ 36,2–52,8; $p < 0,001$), что также соотносится с результатами нашего исследования, где наиболее распространенными ХНИЗ среди патронажных пациентов были ГБ, ЦВБ, ИБС, ХСН, а также нарушения ритма сердца и атеросклеротическая болезнь [8].

Синдром мальнутриции представляет собой состояние, при котором организм не получает достаточного количества необходимых питательных веществ для поддержания нормального здоровья и функционирования. У патронажных пациентов синдром мальнутриции может возникать из-за различных факторов, таких как ограниченные возможности доступа к продуктам высокого качества, ухудшение аппетита из-за хронических заболеваний или снижение физической активности [9]. По данным исследования О. Н. Ткачевой и соавт., пациенты патронажной группы, независимо от функциональной активности, характеризовались недостаточностью питания, при этом в группе лежачих достоверно чаще обнаруживался риск мальнутриции по сравнению с другими маломобильными больными (94% и 71% соответственно, $p < 0,001$) [5]. Как синдром мальнутриции может усугублять течение СА, так и наличие СА может приводить к ухудшению показателей питания в группе патронажных пациентов из-за ограничений функциональной и базовой активности, а также из-за ухудшения течения ХНИЗ и других гериатрических синдромов, что также продемонстрировано в нашем исследовании [10].

ХБС и СА широко распространены среди пожилых пациентов. Сегодня ХБС рассматривается как неблагоприятный предиктор развития СА [11]. Учитывая, что ХБС встречается у 60,8% пациентов с СА+ и 42,9% с СА-, логично предположить, что ХБС может приводить к развитию СА в группе пациентов с СА- и тем самым ухудшать состояние патронажных пациентов, несмотря на отсутствие статистически значимых различий в отношении болевых характеристик в нашем исследовании, а также ухудшать показатели функциональной активности пациентов.

Безусловно, функциональная активность является уязвимым доменом в группе патронажных пациентов, что также продемонстрировано в исследовании О. Н. Ткачевой и ряда других авторов и не противоречит результатам нашего исследования [5, 12]. Стоит заметить, наличие СА ухудшает показатели базовой и инструментальной активности и приводит к большей зависимости от посторонней помощи данной группы пациентов.

По данным крупных исследований СА рассматривается как неблагоприятный фактор развития когнитивных нарушений — болезни Альцгеймера, сосудистой деменции и других когнитивных расстройств [13, 14]. По результатам нашего исследования, деменция и недементные когнитивные расстройства характерны для группы СА+, а по результатам О. Н. Ткачевой и соавт. дополнительно определено влияние когнитивных расстройств на течение болевого синдрома, нарушения сна, развитие депрессии, мальнутриции и анемии, что подчеркивает необходимость контроля и профилактики СА у патронажных пациентов [13]. Несмотря на отсутствие депрессии в исследуемой группе пациентов, необходимо понимать, что зависимость от помощи в уходе, особенности функциональной и базовой активности, наличие синдрома СА могут приводить к развитию психоэмоциональных нарушений и ухудшать качество жизни больных [15].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Старческая астения представляется особенно актуальной проблемой у пожилых пациентов, которые находятся на патронажном наблюдении, так как они уже подвержены различным физиологическим изменениям, которые усугубляют их состояние и влияют на качество жизни.

Наличие синдрома СА у патронажных пациентов ассоциировано с сердечно-сосудистой патологией (ГБ, ИБС, ХСН, нарушениями ритма, атеросклеротическим поражением сосудов), ухудшает показатели нутритивного статуса, негативно влияет на функциональную активность, а также чаще определяется в связи с недементными когнитивными расстройствами и деменцией. Несмотря на отсутствие различий между показателями болевого восприятия и депрессии у патронажных пациентов в зависимости от наличия синдрома СА, клиницистам важно понимать, что данная группа пациентов является уязвимой к развитию СА, требует особого внимания и профилактического подхода, направленного на снижение риска госпитализаций и улучшение качества жизни. **ЛВ**

Вклад авторов:

Авторы декларируют соответствие своего авторства международным критериям ICMJE. Все авторы внесли существенный вклад в проведение исследования и подготовку статьи, одобрили финальную версию статьи перед публикацией, выразили согласие нести ответственность за все аспекты работы, подразумевающую надлежащее изучение и решение вопросов, связанных с точностью или добросовестностью любой части работы.

Концепция статьи — ординатор Гарунов К. Ш., ассистент Герцог А. А., д.м.н., профессор Морозова Т. Е.

Разработка дизайна исследования — ординатор Гарунов К. Ш., ассистент Герцог А. А.

Написание текста — ординатор Гарунов К. Ш., ассистент Герцог А. А., д.м.н., профессор Морозова Т. Е.

Сбор и обработка материала — ординатор Гарунов К. Ш.

Анализ материала — ординатор Гарунов К. Ш.

Редактирование — ординатор Гарунов К. Ш., ассистент Герцог А. А.

Утверждение окончательного варианта статьи — д.м.н., профессор Морозова Т. Е.

Contribution of authors:

The authors declare their authorship to meet the ICMJE criteria. All authors contributed substantially to the study and preparation of the paper, approved the final version of the paper prior to publication, and agreed to be responsible for all aspects of the work, implying proper review and resolution of issues related to the accuracy or integrity of any part of the study.

Concept of the article — resident Garunov K. Sh., assistant Gertsog A. A., doctor of medical sciences, professor Morozova T. E.

Development of study design — resident Garunov K. Sh., assistant Gertsog A. A.

Writing the text — resident Garunov K. Sh., assistant Gertsog A. A., Doctor of medical sciences, Professor Morozova T. E.

Collection and processing of material — resident Garunov K. Sh.

Material analysis — resident Garunov K. Sh.

Editing — resident Garunov K. Sh., assistant Gertsog A. A.

Approval of the final version of the article — Doctor of Medical Sciences, Professor Morozova T. E.

Источник финансирования. Авторы декларируют отсутствие внешнего финансирования для проведения исследования и публикации статьи.

Funding source. The authors declare that there is no external funding for the exploration and analysis work.

Информированное согласие на публикацию. Пациенты подписали форму добровольного информированного согласия на публикацию медицинской информации.

Consent for publication. Written consent was obtained from the patients for publication of relevant medical information and all of accompanying images within the manuscript.

Соответствие принципам этики. Протокол исследования был одобрен локальным этическим комитетом ФГАУ ВО Первый МГМУ имени И. М. Сеченова МЗ РФ (Сеченовский Университет), выписка из протокола заседания протокол № 01/23 от 18.03.2023. Одобрение и процедуры проведения протокола получали по принципам Хельсинкской конвенции. **Ethics approval.** The study was approved by the local ethics committee of I. M. Sechenov First Moscow State Medical University (Sechenov University) (protocol № 01/23 dated 18.03.2023). The approval and procedure for the protocol were obtained in accordance with the principles of the Helsinki Convention.

Литература/References

1. Российская Федерация. Приказы. Приказ Министерства труда и социальной защиты РФ: Приказ N 821 «О реализации в отдельных субъектах Российской Федерации в 2023 году пилотного проекта по созданию системы долговременного ухода за гражданами пожилого возраста и инвалидами, нуждающимися в уходе, реализуемого в рамках федерального проекта «Старшее поколение» национального проекта «Демография». Russian Federation. Orders. Order of the Ministry of Labor and Social Protection of the Russian Federation: Order N 821 "On the implementation in certain subjects of the Russian Federation in 2023 pilot project to create a system of long-term care for elderly and disabled citizens in need of care, implemented within the framework of the 'Senior Generation' federal project of the 'Demography' national project". (In Russ.)
2. Ткачева О. Н., Котовская Ю. В., Рунихина Н. К. и др. Клинические рекомендации «Старческая астенция». Российский журнал гериатрической медицины. 2020; (1): 11-46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46. Tkacheva O. N., Kotosvskaya Yu. V., Runikhina N. K., et al. Clinical guidelines on frailty. Rossiiskii zhurnal geriatricheskoi meditsiny. 2020; (1): 11-46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46. (In Russ.)
3. Vermeiren S., et al. Frailty and the Prediction of Negative Health Outcomes: A Meta-Analysis. Journal of the American Medical Directors Association. 2016; 17 (12): 1163.e1-1163.e17. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.09.010
4. Tkacheva O. N., Sharashkina N. V., Eruslanova K. A., et al. Prevalence of geriatric syndromes in frail patients and mortality risks. Frontiers in medicine. 2023; 10: 1165709. DOI: 10.1016/j.jamda.2016.09.010.
5. Ткачева О. Н., Решетова А. А., Рунихина Н. К. и др. Сравнительный анализ структуры заболеваемости и гериатрических синдромов маломобильных и лежащих патронажных пациентов. Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2022; 3: 764-785. DOI: 10.24412/2312-2935-2022-3-764-785. Tkacheva O. N., Reshetova A. A., Runikhina N. K., et al. Comparative analysis of the structure of morbidity and geriatric syndromes of low-mobility and bedridden nursing patients. Sovremennye problemy zdravookhraneniya i meditsinskoi statistiki. 2022; 3: 764-785. DOI: 10.24412/2312-2935-2022-3-764-785. (In Russ.)
6. Ткачева О. Н., Рунихина Н. К., Меркушева Л. И. и др. Гериатрический синдром падений у коморбидных пациентов: «парадокс» нормотензии в пожилом возрасте. Consilium Medicum. 2022; 24 (1): 49-52. DOI: 10.26442/20751753.2022.1.201381. Tkacheva O. N., Runikhina N. K., Merkusheva L. I., et al. Geriatric syndrome of falls in comorbid patients: paradox of normotension in the elderly. Consilium Medicum. 2022; 24 (1): 49-52. DOI: 10.26442/20751753.2022.1.201381. (In Russ.)
7. Сандаков Я. П., Рунихина Н. К., Решетова А. А. и др. Структура заболеваний пациентов пожилого и старческого возраста, находящихся под наблюдением патронажной службы ГБУЗ «Диагностический центр № 3» Москвы. Клиническая геронтология. 2019; 25 (9-10): 62-62. Sandakov Ya. P., Runikhina N. K., Reshetova A. A., et al. Structure of diseases of elderly and senile patients under the supervision of the patronage service of the State Budgetary Healthcare Institution Diagnostic Center No. in Moscow. Klinicheskaya gerontologiya. 2019; 25 (9-10): 62-62. (In Russ.)
8. Denfeld O. E., Winters-Stone K., Mudd J. O., et al. The prevalence of frailty in heart failure: a systematic review and meta-analysis. International journal of cardiology. 2017; 236: 283-289. DOI: 10.1016/j.ijcard.2017.01.153.
9. Besora-Moreno M., Llauredó E., Tarro L., et al. Social and Economic Factors and Malnutrition or the Risk of Malnutrition in the Elderly: A Systematic Review and Meta-Analysis of Observational Studies. Nutrients. 2020; 12 (3): 737. DOI: 10.3390/nu12030737.
10. Wang X., Hu J., Wu D. Risk factors for frailty in older adults. Medicine (Baltimore). 2022; 26; 101 (34): e30169. DOI: 10.1097/MD.00000000000030169.
11. Lin T., Zhao Y., Xia X., et al. Association between frailty and chronic pain among older adults: a systematic review and meta-analysis. European geriatric medicine. 2020; 11 (6): 945-959. DOI: 10.1007/s41999-020-00382-3.
12. Zhao W., Hu P., Sun W., et al. Effect of physical activity on the risk of frailty: A systematic review and meta-analysis. PLoS One. 2022; 17 (12): e0278226. DOI: 10.1371/journal.pone.0278226.
13. Ткачева О. Н., Рунихина Н. К., Решетова А. А. и др. Когнитивный статус у маломобильных лиц старшего возраста как предиктор неблагоприятных исходов. Acta Biomedica Scientifica. 2022; 7 (6): 203-211. DOI: 10.29413/ABS.2022-7.6.20. Tkacheva O. N., Runikhina N. K., Reshetova A. A., et al. Cognitive status in older patients with limited mobility as a predictor of negative outcome. Acta Biomedica Scientifica. 2022; 7 (6): 203-211. DOI: 10.29413/ABS.2022-7.6.20. (In Russ.)
14. Kallenberg M. H., Kleinveld H. A., Dekker F. W., et al. Functional and Cognitive Impairment, Frailty, and Adverse Health Outcomes in Older Patients Reaching ESRD-A Systematic Review. Clinical journal of the American Society of Nephrology. 2016; 11 (9): 1624-1639. DOI: 10.2215/CJN.13611215.
15. Abdoli N., Salari N., Darvishi N., et al. The global prevalence of major depressive disorder (MDD) among the elderly: A systematic review and meta-analysis. Neuroscience and biobehavioral reviews. 2022; 132: 1067-1073. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2021.10.041.

Сведения об авторах:

Гарунов Камил Шамилович, ординатор кафедры общей врачебной практики ИПО, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8/2; garunov.kamil@mail.ru
Герцог Анна Алексеевна, ассистент кафедры общей врачебной практики ИПО, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8/2; gertsog_a_a@staff.sechenov.ru
Морозова Татьяна Евгеньевна, д.м.н., профессор, заведующая кафедрой общей врачебной практики ИПО, Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И. М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации; Россия, 119991, Москва, ул. Трубецкая, 8/2; morozova_t_e@staff.sechenov.ru

Information about the authors:

Kamil Sh. Garunov, Resident of the Department of General Medical Practice, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 8/2 Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russia; garunov.kamil@mail.ru
Anna A. Gertsog, Assistant of the Department of General Medical Practice, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 8/2 Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russia; gertsog_a_a@staff.sechenov.ru
Tatiana E. Morozova, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Head of the Department of General Medical Practice, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education I. M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation; 8/2 Trubetskaya str., Moscow, 119991, Russia; morozova_t_e@staff.sechenov.ru

Поступила/Received 18.04.2024

Поступила после рецензирования/Revised 19.05.2024

Принята в печать/Accepted 21.05.2024