

ОЦЕНКА ГЕРИАТРИЧЕСКИХ СИНДРОМОВ ПРИ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ

Алтайский государственный медицинский университет, г. Барнаул

**Шишкина Ирина Андреевна, Осипова Ирина Владимировна,
Пырикова Наталья Викторовна**

Научный руководитель: Пырикова Наталья Викторовна, д.м.н.,
профессор кафедры факультетской терапии и гериатрии

В статье представлено исследование по сравнению частоты выявления старческой астении, тревожно-депрессивных расстройств, риска саркопении и уровня коморбидности у пациентов пожилого и старческого возраста в зависимости от пола. Проведен одномоментный анализ данных 50 пациентов (35 женщин и 15 мужчин) в возрасте 65-90 лет с гипертонической болезнью. Использованы опросник «Возраст – не помеха» (скрининг астении), опросник SARC-F (риск саркопении) и индекс коморбидности Чарлсона. Женщины пожилого и старческого возраста являются группой более высокого риска развития астении, тревоги, депрессии и саркопении по сравнению с мужчинами при сопоставимом уровне коморбидности. Полученные данные обосновывают необходимость гендерно-ориентированного подхода при проведении комплексной гериатрической оценки.

Ключевые слова: старческая астения, гериатрический синдром, тревога, депрессия, саркопения, пожилой возраст, гипертоническая болезнь.

Актуальность

В условиях прогрессирующего старения населения и высокой распространенности заболеваний БСК среди лиц пожилого и старческого возраста своевременное выявление гериатрических синдромов (астении, саркопении, тревоги и депрессии) приобретает ключевое значение для

сохранения функциональной независимости и качества жизни пациентов. Исследование является актуальным, так как обосновывает необходимость подхода к диагностике гериатрических синдромов для повышения эффективности лечебно-профилактических мероприятий у пожилых пациентов.

Целью настоящего исследования являлось изучение частоты выявления астении, тревоги, депрессии, риска саркопении и уровня коморбидности у пациентов пожилого и старческого возраста.

Задачи исследования

1. Сравнить частоту астении (>3 баллов по опроснику «Возраст – не помеха») между женщинами и мужчинами.
2. Оценить распространенность тревоги и депрессии у женщин и мужчин.
3. Сравнить риск саркопении (≥ 4 баллов по опроснику SARC-F) между женской и мужской группами.
4. Сопоставить индекс коморбидности Чарлсона у женщин и мужчин для определения влияния сопутствующей патологии на выявленные различия.
5. Выявить группы риска среди пациентов пожилого возраста для последующего целенаправленного скрининга и профилактики.

Материалы и методы

Проведено одномоментное поперечное исследование с участием 50 пациентов пожилого и старческого возраста (35 женщин и 15 мужчин, 65-90 лет) с гипертонической болезнью, у 13 пациентов диагностирован сахарный диабет 2 типа.

Для оценки гериатрических синдромов использовались три вида опросников:

1. Опросник «Возраст – не помеха», 7 вопросов. 0–3 балла – старческая астения не выявлена; >3 баллов (4–7) – старческая астения выявлена, требуется углубленное гериатрическое обследование.

2. Госпитальная шкала тревоги и депрессии HADS Разработана для скрининга тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с соматическими заболеваниями. Состоит из 14 вопросов (по 7 на каждую подшкалу): 0-7 баллов – норма (тревога/депрессия не выявлены), 8-10 баллов – субклинически выраженная тревога/депрессия, 11 баллов и выше – клинически выраженная тревога/депрессия.

3. Опросник SARC-F для скрининга саркопении (риск – ≥ 4 баллов). Валидированный инструмент для быстрого выявления риска саркопении, состоит из 5 вопросов, каждый вопрос оценивается от 0 до 2 баллов.

4. Индекс коморбидности Чарлсона на основе известных диагнозов. Прогностическая шкала для оценки тяжести сопутствующих заболеваний и 10-летней выживаемости. 0 баллов – отсутствие коморбидности, 1-2 балла – низкая коморбидность, 3-4 балла – средняя коморбидность, ≥ 5 баллов – высокая коморбидность.

Проведен описательный статистический анализ с расчетом абсолютных частот, процентов и средних значений по группам.

Результаты

В общей когорте из 50 пациентов женщины составили 35 человек (70%), мужчины – 15 человек (30%). Таким образом, в выборке преобладают пациенты женского пола. Средний возраст женщин составил $74,3 \pm 9,6$ лет, мужчин – $72,8 \pm 11,2$ года (табл. 1).

Женщины в исследуемой выборке в среднем на 1,5 года старше мужчин, однако возрастные различия не являются клинически значимыми (разница менее 5 лет). Обе группы относятся к пожилому и старческому возрасту с преобладанием пациентов 70–79 лет.

Таблица 1

Возраст обследуемых

Возраст (годы)	Женщины (n=35)		Мужчины (n=15)	
	n	%	n	%
65–69	6	17,1	6	40,0
70–74	11	31,4	6	40,0
75–79	11	31,4	2	13,3
80–84	5	14,3	0	0
85–90	2	5,8	1	6,7

Среди женщин астения выявляется более чем в два раза чаще, чем среди мужчин. Доля женщин с астенией составляет 62,9%, в то время как среди мужчин этот показатель не превышает 26,7% (табл. 2).

Таблица 2

Выявление астении по опроснику «Возраст – не помеха» (>3 баллов)

Пол	Всего пациентов	Количество с астенией	Доля (%)
Женщины	35	22	62,9 %
Мужчины	15	4	26,7 %

Клинически выраженной тревоги и депрессии (≥ 11 баллов) в выборке среди женщин и мужчин не выявлено (табл. 3). Субклинически выраженная тревога значительно чаще регистрируется у женщин: каждая вторая женщина (51,4%) имеет уровень тревоги ≥ 8 баллов. Среди мужчин этот показатель почти в 4 раза ниже и составляет всего 13,3%. Это свидетельствует о существенно большей эмоциональной уязвимости женщин в данной возрастной группе.

Депрессивные симптомы субклинического уровня наблюдаются у 28,6% женщин и только у 6,7% мужчин. Таким образом, женщины страдают от субклинической депрессии примерно в 4 раза чаще, чем мужчины, что указывает на более высокий риск развития депрессивных расстройств среди женщин пожилого возраста.

Таблица 3

Выявление тревоги и депрессии по шкале HADS

Показатель	Женщины (n=35)	Мужчины (n=15)
HADS тревога (средний балл)	8,5	5,1
норма (0–7 баллов)	17 (48,6%)	13 (86,7%)
субклиническая (8–10 баллов)	18 (51,4%)	2 (13,3%)
клиническая (≥ 11 баллов)	0 (0%)	0 (0%)
HADS депрессия (средний балл)	6,3	4,0
норма (0–7 баллов)	25 (71,4%)	14 (93,3%)
субклиническая (8–10 баллов)	10 (28,6%)	1 (6,7%)
клиническая (≥ 11 баллов)	0 (0%)	0 (0%)

Риск саркопении выявляется более чем у половины женщин (57,1%), тогда как среди мужчин этот показатель составляет лишь 20,0%. Женщины имеют почти в 3 раза более высокий риск развития саркопении по сравнению с мужчинами. Это может быть связано с возрастными изменениями мышечной массы, которые у женщин выражены в большей степени (табл. 4).

Таблица 4

Риск саркопии по опроснику SARC-F (≥ 4 баллов)

Пол	Всего пациентов	С риском саркопии	Доля (%)	Норма (%)
Женщины	35	20	57,1 %	42,9%
Мужчины	15	3	20,0 %	80%

При оценке индекса коморбидности Чарлсона установлено, что оба пола имеют сопоставимый уровень коморбидности (женщины – $4,1 \pm 2,2$ балла, мужчины – $3,6 \pm 2,4$ балла). Разница не является клинически существенной, что свидетельствует об одинаковой тяжести сопутствующих заболеваний в обеих группах. Таким образом, различия по другим показателям (астения, тревога, саркопия) не связаны с различиями в коморбидности.

Заключение

1. Астения по опроснику «Возраст – не помеха» (>3 баллов) регистрируется у 62,9% женщин и лишь у 26,7% мужчин.

2. Субклиническая тревога (HADS ≥ 8) выявлена у каждой второй женщины (51,4%), в то время как у мужчин – только в 13,3% случаев. Субклиническая депрессия (HADS ≥ 8) также чаще встречается у женщин (28,6% против 6,7% у мужчин).

3. Риск саркопии по шкале SARC-F (≥ 4 баллов) более чем в 2,5 раза выше у женщин (57,1% против 20,0%).

4. Индекс коморбидности Чарлсона не имеет клинически значимых различий между полами.

Таким образом, в исследуемой выборке пациентов пожилого и старческого возраста женщины являются группой более высокого риска развития астении, тревожно-депрессивных расстройств и саркопии, несмотря на сопоставимый с мужчинами уровень коморбидности. Выявленные гендерные различия требуют дифференцированного подхода к гериатрической оценке: у женщин необходим активный скрининг

гериатрических синдромов, у мужчин – более детальный опрос психоэмоционального статуса ввиду возможной гиподиагностики тревожно-депрессивных состояний. Внедрение гендерно-ориентированного подхода в гериатрическую практику позволит своевременно выявлять и корректировать указанные синдромы, улучшая качество жизни пациентов.

Список литературы:

1. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г. [утверждена Минздравом России]. Москва; 2019. https://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Antidement_plan_060919.pdf.
2. Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров». Старческая астения: клинические рекомендации [Internet]. 2024 [cited 2026 May 5]. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/613_2.
3. Министерство здравоохранения Российской Федерации. Падения у пациентов пожилого и старческого возраста: клинические рекомендации. 2024. https://cr.minzdrav.gov.ru/view-cr/600_2.
4. Российская ассоциация геронтологов и гериатров. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста: клинические рекомендации. 2020 [одоблено Научно-практическим советом Минздрава России]. https://psyrus.ru/med_psy/klinicheskie-rekomendatsii/kognitivnie_rasstroistva_pogilie_1204202.pdf
5. Танков С.В., Дехарь В.В. Синдром старческой астении у больных с хронической сердечной недостаточностью. *Scientist (Russia)*. 2025; 2(31): 27-29. – EDN MLSZXH.
6. Растягаева Е.В., Белова А.А. Особенности течения острого коронарного синдрома у пациентов пожилого и старческого возраста. *Scientist (Russia)*. 2024; 4(30): 87-90. – EDN MEALYY.

7. Растягаева Е.В. Клинико-лабораторная характеристика пациентов с ОКС и синдромом старческой астении. *Scientist (Russia)*. 2025; 4(31): 289-292. – EDN IQNBHV.

8. Лаптева Е.С. Комплексная гериатрическая оценка и коморбидность. *Scientist (Russia)*. 2023; 3(25): 18-21. – EDN YLEJEO.

Как цитировать:

Шишкина И. А., Осипова И. В., Пырикова Н. В. Оценка гериатрических синдромов при сердечно-сосудистых заболеваниях. *Scientist (Russia)*. 2026; 3 (32): 37-44.
