

Особенности коморбидных состояний у пациентов с сердечно-сосудистой патологией пожилого и старческого возраста

Дударев Михаил Валерьевич

*докт. мед. наук, заведующий кафедрой
поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и
профилактической медицины ФПК и ПП
Ижевская государственная медицинская академия*

Ижевск, Россия

Адрес: УР, г.Ижевск, ул.Труда 1, поликлиника БУЗ УР «ГКБ№6 МЗ УР»

Телефон: +7 (3412) 20-37-66

E-mail:flatly@yandex.ru

Одинцова Наталья Фанисовна

*канд. мед. наук, доцент кафедры
поликлинической терапии с курсами клинической фармакологии и
профилактической медицины ФПК и ПП
Ижевская государственная медицинская академия*

Ижевск, Россия

Адрес: УР, г.Ижевск, ул.Труда 1, поликлиника БУЗ УР «ГКБ№6 МЗ УР»

Телефон: +7 (3412) 20-37-66

E-mail:odish@udm.ru

Смолина Мария Алексеевна

*Студентка 6 курса лечебного факультета ИГМА
ryzoesolnze@mail.ru*

Чеснокова Алёна Дмитриевна

*Студентка 6 курса лечебного факультета ИГМА
Chesnochok94@yandex.ru*

Хафизов Ришат Жигангирович

*Студент 6 курса лечебного факультета ИГМА
krishatz@mail.ru*

Гильмутдинова Диляра Рифатовна

Аннотация

Работа посвящена изучению количественного и качественного состава группы заболеваний среди пациентов пожилого и старческого возраста, оценке динамики частоты встречаемости нозологии, изменений физикальных и лабораторных показателей.

Ключевые слова: коморбидность, поликлиника, геронтология

Abstract

The present paper investigated qualitative and quantitative content of the group of illnesses characteristics of elderly and old patients; analyzed frequency with which those illnesses occur, as well as changes in physical and lab test results.

Keywords: comorbidity, clinic, gerontology.

Введение (Introduction)

С возрастом нарастает число заболеваний в популяции, при этом каждая из патологий влияет на течение другой. Пациенты пожилого и старческого возраста составляют основную часть на приеме у участкового терапевта^[2]. Врач амбулаторного звена регулярно встречается с одной из основных проблем геронтологии: коморбидностью, которая усложняет как диагностику, так и лечение патологических состояний пациентов^[3]. Коморбидность – наличие нескольких хронических заболеваний, связанных между собой единым патогенетическим механизмом^[5]. Нами была осуществлена попытка проанализировать взаимосвязи коморбидных патологий у пациентов пожилого и старческого возраста с учетом превалирующего заболевания.

Материалы и методы (Materials and methods)

Данные для работы были получены при обследовании пациентов, обратившихся в плановом порядке для диспансерного наблюдения в поликлиники г. Ижевска. Были обследованы пациенты в возрасте от 60 до 90 лет, проанализированы амбулаторные карты, рассчитан индекс коморбидности по шкале Charlson, оценен индекс массы тела (ИМТ), уровень офисного артериального давления (АД), уровни холестерина, креатинина, глюкозы, рассчитана скорость клубочковой фильтрации по формуле СКД-ЕРІ. Проведено анкетирование (курение: количество выкуренных сигарет в день и стаж курения; алкоголь: количество употребляемого алкоголя в неделю). Полученная информация была подвергнута статистической обработке с использованием программ Microsoft Excel, STATISTICA10.

Результаты (Results) Нами было обследовано 222 человека, из них 127 пациентов пожилого и 95 – старческого возраста; 86 (38,7%) мужчин и 136 (61,3%) женщин, средний балл по шкале коморбидности был 3,27. В группе пожилых было 55 (43,3%) мужчин и 62 (56,7%) женщин, средний возраст составил 66,3 лет. В группе пациентов старческого возраста мужчин было 31 (32,6%), женщин 64 (67,4%), средний возраст составил 79,6 лет. Установлено, что у пациентов старческого возраста средний балл по шкале коморбидности был достоверно выше ($p < 0,05$), чем у пациентов пожилого возраста и составил 4,54 и 3,17 соответственно. У пациентов пожилого возраста преобладали: ХСН (61,7%), ЗПС (29,1%), язвенная болезнь (ЯБ) желудка и двенадцатиперстной кишки (25,2%), ИМ (24,4%). Среди пациентов старческого возраста самыми распространенными оказались ХСН (87,4%), ЗПС (60,0%), ИМ (43,2%), деменция (32,6%). Редко встречались: лейкоз (2,1%), лимфома (2,1%), цирроз с портальной гипертензией (2,1%). У пациентов старческого возраста чаще встречались: ЗПС (на 31%), деменция (на 28%), ХСН (на 20%), реже встречались бронхиальная астма (БА) (на 13%), цирроз печени (на 2%) и опухоли с метастазами (на 2%). В обеих группах исследуемых была зафиксирована избыточная масса тела (средний ИМТ ($26,9 \pm 0,7$ кг/м²), кроме того у женщин во всех возрастных категориях наблюдалось увеличение объема

талии ($87,7 \pm 1,6$ см). Артериальная гипертония (АГ) осложняла течение заболевания в 100% случаев, средний уровень АД был $141,8 \pm 8,7 / 94,3 \pm 5,2$ мм рт.ст. у пожилых и $143,9 \pm 4,5 / 87,0 \pm 3,7$ мм рт.ст. Достоверно более низкие значения диастолического АД пациентов старческого возраста объясняются преобладанием изолированной систолической АГ. Частота сердечных сокращений была в пределах нормальных значений среди всех исследуемых. Курение было наиболее распространено среди пожилых мужчин (41,8%), отмечено увеличение количества курящих женщин старческого возраста (на 5,6%). По данным анкетирования употребление алкоголя было достоверно ($p < 0,05$) выше в группе пациентов пожилого возраста, в обеих группах по этому показателю мужчины преобладали над женщинами. Уровень холестерина и глюкозы не носил достоверных различий между обеими группами, однако отмечено достоверное ($p < 0,05$) повышение уровня глюкозы у женщин старческого возраста в среднем до $6,3 \pm 0,85$ ммоль/л. При оценке функции почек отмечалось достоверное ($p < 0,05$) увеличение уровня креатинина до $98,0 \pm 3,2$ мкмоль/л и снижение СКФ до $52,0 \pm 1,1$ мл/мин у пациентов с АГ старческого возраста. Среди пожилых пациентов данные показатели составили $84,4 \pm 1,9$ мкмоль/л и $65,2 \pm 2,5$ мл/мин соответственно.

Сравнивая клинико-лабораторные данные у пациентов с наличием и отсутствием клинически значимой ХСН, нами установлено, что средний возраст составил 73,0 и 68,8 лет соответственно. В группе пациентов, имеющих ХСН достоверно ($p < 0,05$) выше был индекс коморбидности $4,1 \pm 0,2$, ИМТ $27,3 \pm 0,6$, ЧСС $78,2 \pm 1,1$, АД $145,2 \pm 1,6 / 94,4 \pm 1,3$ мм рт.ст., креатинин $90,1 \pm 1,6$ мкмоль/л, ниже СКФ $62,0 \pm 1,4$ мл/мин. У пациентов пожилого и старческого возраста, не имеющих ХСН индекс коморбидности составил $4,1 \pm 0,3$, ИМТ $25,9 \pm 0,5$, ЧСС $73,3 \pm 1,1$, АД $133,5 \pm 1,5 / 81,5 \pm 1,9$ мм рт.ст., креатинин $83,4 \pm 1,7$ мкмоль/л, СКФ $70,8 \pm 1,6$ мл/мин.

При оценке клинико-лабораторных показателей пациентов, имеющих и не имеющих ЗПС, нами установлено, что группы были сопоставимы по возрасту, который составил 73,9 лет и 70,6 лет соответственно. У пожилых и старых

пациентов, имеющих ЗПС наблюдается достоверное ($p < 0,05$) более высокие показатели индекса Charlson $4,7 \pm 0,3$, ИМТ $28,0 \pm 0,2$, АД $146,9 \pm 2,1 / 101,2 \pm 1,4$ мм рт.ст., уровня креатинина $96,1 \pm 1,6$ мкмоль/л. У пациентов, не имеющих ЗПС индекс коморбидности составил $3,1 \pm 0,2$, ИМТ $26,1 \pm 0,1$, АД $139,5 \pm 2,4 / 86,4 \pm 1,8$ мм рт.ст., уровень креатинина $82,9 \pm 1,6$ мкмоль/л. По остальным исследуемым показателям достоверных различий не наблюдалось.

Выводы (findings):

Согласно полученным в ходе исследования данным, было установлено, что более значимые достоверные изменения по индексу коморбидности, рассчитанному по шкале Charlson, ИМТ, ЧСС, АД, холестерину, глюкозе, креатинину, СКФ наблюдались у пациентов старческого возраста. У пациентов пожилого и старческого возраста с ХСН установлен более высокий индекс коморбидности, более высокие значения как систолического, так и диастолического АД, более значимое снижение функции почек, что проявилось повышением уровня креатинина и снижением скорости клубочковой фильтрации. У пациентов с ЗПС отмечался более высокий индекс коморбидности, показатели ИМТ, АД и уровня креатинина.

Список литературы (References):

1. Geneva: World Health Organization; 2019 (<https://www.who.int>)
2. Vertkin A. L., Rumjancev M. A., Skotnikov A. S. Komorbidnost' // Klinicheskaja medicina. 2012, № 10, s. 4-11.
3. Арьева Г.Т., Советкина Н.В., Овсянникова Н.А. и др. Коморбидные и мультиморбидные состояния в гериатрии (обзор) // Успехи геронтологии. - 2011. - Т. 24, № 4. - С. 612619.
4. Белялов Ф.И. Лечение внутренних болезней в условиях коморбидности. - Иркутск : РИО ИГМАПО, 2013. - 297 с
5. Верткин А.Л. Румянцев М.А., Скотников А.С. и др. Коморбидность // Consilium medicum. - 2011. - № 2. - С. 10-14.