

## СИСТЕМА АКТИВНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА В УСЛОВИЯХ ГОСПИТАЛЯ ДЛЯ ВЕТЕРАНОВ ВОЙН

**Т. П. Денисова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, профессор, доктор медицинских наук; **С. В. Жук** — ГБУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, главный врач; **М. И. Назаров** — ГБУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, заместитель главного врача по амбулаторно-поликлинической помощи; **Т. Е. Липатова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доцент, доктор медицинских наук; **Л. Н. Алипова** — ГБУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, заместитель главного врача по лечебной работе; **С. В. Семенов** — ГБУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, заведующий терапевтическим отделением поликлиники; **И. В. Авдиенко** — ГБУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, заведующий отделением лабораторной диагностики; **И. В. Барينو** — ГБУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области, гериатр поликлиники.

## ACTIVE MONITORING SYSTEM FOR ELDERLY AND SENILE PATIENTS IN A HOSPITAL FOR WAR VETERANS

**T. P. Denisova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Professor of Department of Therapy, with Courses of Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Professor, DSc; **S. V. Zhuk** — Chief Doctor of Regional Clinical Hospital for War Veterans of Government of Saratov region; **M. I. Nasarov** — Regional Clinical Hospital for War Veterans of Government of Saratov region, Deputy Chief Doctor for Outpatient Care; **T. E. Lipatova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Therapy, with Courses of Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Associate Professor, DSc; **L. N. Alipova** — Regional Clinical Hospital for War Veterans of Government of Saratov region, Deputy Chief Doctor for Medical Work; **S. V. Semenov** — Regional Clinical Hospital for War Veterans of Government of Saratov region, Head of Therapeutic Department; **I. V. Avdienko** — Regional Clinical Hospital for War Veterans of Government of Saratov region, Head of Laboratory Diagnostics Department; **I. V. Barinova** — Regional Clinical Hospital for War Veterans of Government of Saratov region, geriatrician.

Дата поступления — 10.02.2020 г.

Дата принятия в печать — 05.03.2020 г.

**Денисова Т.П., Жук С.В., Назаров М.И., Липатова Т.Е., Алипова Л.Н. Семенов С.В., Авдиенко И.В., Барино** **И.В.** Система активного наблюдения пациентов пожилого и старческого возраста в условиях госпиталя для ветеранов войн. Саратовский научно-медицинский журнал 2020; 16 (1): 145–150.

Одной из важнейших проблем современного здравоохранения является разработка научно обоснованной системы активного наблюдения пациентов старших возрастных групп и оказания им медицинской помощи с использованием нового порядка диспансеризации. Представлены результаты двухэтапного наблюдения за 5,5 тыс. пациентов разного возраста с включением скрининговой гериатрической оценки и исследования ряда гормонально-метаболических маркеров старения. Установлено, что с увеличением возраста количественно уменьшается группа пациентов практически здоровых или только с факторами риска сердечно-сосудистой патологии, при этом значимо растет группа больных с полиморбидностью. Среди лиц пожилого возраста количество заболеваний достигает десяти и более, подавляющее большинство таких пациентов относятся к III и IV группам здоровья. Выявлен высокий уровень удовлетворенности пациентов при проведении оптимизированного сценария диспансеризации. Проведение этапного медицинского наблюдения с синхронной гериатрической оценкой позволяет формировать максимально однородные группы пациентов. При этом требуется учитывать следующие факторы: возраст, начальные признаки хрупкости, уровень маркеров гормонально-метаболического увядания, наличие и степень полиморбидности, что важно для наблюдения и терапии пациентов, а также для модификации функции гериатра.

**Ключевые слова:** пожилые, полиморбидность, активное медицинское наблюдение.

**Denisova TP, Zhuk SV, Nasarov MI, Lipatova TE, Alipova LN, Semenov SV, Avdienko IV, Barinova IV.** Active monitoring system for elderly and senile patients in a hospital for war veterans. Saratov Journal of Medical Scientific Research 2020; 16 (1): 145–150.

One of the most important problems of modern healthcare is the development of a scientifically based system of active monitoring of patients of older age groups and the provision of medical care to them using the new medical examination procedure. The results of a two-stage monitoring for 5.5 thousand patients of different ages with the inclusion of screening geriatric assessment and the study of a number of hormonal-metabolic markers of aging are presented.

Among the elderly, the number of diseases reaches ten or more, the vast majority of such patients belong to the III and IV health groups. Among the elderly, the number of diseases reaches ten or more, the vast majority of such patients belong to the 3rd and 4th health groups. A high level of patient satisfaction was revealed during an optimized clinical examination scenario. Conducting a staged medical observation with synchronous geriatric assessment allows you to form the most homogeneous group of patients. It is necessary to take into account the following factors: age, initial signs of fragility, the level of markers of hormonal-metabolic wilt, the presence and degree of polymorbidity, which is important for monitoring and treating patients, as well as for modifying geriatric function.

**Key words:** elderly, polymorbidity, active medical monitoring.

**Введение.** С возрастом увеличивается частота встречаемости патологии внутренних органов и риск ее возникновения, что наводит на мысль о взаимосвязи старения и формирования внутренней патологии. Нередко основные механизмы старения и патогенеза важнейших форм внутренних заболеваний перекликаются между собой, а порой протекают сопоставленно [1].

Механизмы старения приводят к формированию типичных клинических возрастзависимых симптомокомплексов, к таковым относятся синдромы: хронической интоксикации; хронической дезадаптации; клеточной дистрофии; иммунодефицита; метаболических нарушений; снижения энергообеспечения и функций организма, органов, клеток; деформации регуляторных процессов; сенильной астенизации. Каждый из перечисленных синдромов в той или иной степени инициирует и ускоряет ассоциированные с возрастом сердечно-сосудистые, метаболические и воспалительные заболевания. Раннее доклиническое выявление заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной систем, злокачественных новообразований позволит не только увеличить продолжительность жизни, но и улучшить ее качество. Это определяет значимость врачебного наблюдения всех возрастных групп: гериатрических, а также молодых и зрелых [2].

В современных условиях роста проникновения цифровых технологий в систему здравоохранения, расширения использования различных дистанционных сенсоров (технология «умный дом» и т.п.) для терапевтического мониторинга [3, 4] особенно остро встает вопрос о разработке специализированной системы наблюдения за пациентами позднего возраста, обладающей, с одной стороны, достаточно высокой степенью «цифровизации», призванной облегчать деятельность врача и повышать оперативность принятия врачебных решений, а с другой — минимизирующей стрессорное воздействие на пациента пожилого и старческого возраста [5].

Одной из важнейших проблем современного здравоохранения является разработка научно обоснованной системы активного наблюдения пациентов старших возрастных групп и оказания им медицинской помощи с использованием нового порядка диспансеризации.

**Характеристика популяции исследования.** Популяцию исследования составили пациенты пожилого и старческого возраста, находящиеся под наблюдением поликлиники ГБУЗ «Областной клинический госпиталь для ветеранов войн» Управления делами Правительства Саратовской области. Поликлиника госпиталя является областным консультативным центром для ветеранов войн, а кроме того, осуществляет лечение по договорам об оказании медицинских услуг. Всего в поликлинике постоянно наблюдаются 5,5 тыс. человек взрослого населения, среди

них: 28,2% — лица молодого возраста, 39,2% — лица среднего (зрелого) возраста, 14,6% — пожилые пациенты, 17,4% — пациенты старческого возраста и 0,6% — долгожители. В зависимости от трудовой деятельности и возраста все пациенты подразделены на две группы. В 1-ю группу наблюдения вошли 1,8 тыс. человек организованного населения, имеющих интенсивный график работы с физической и интеллектуальной нагрузкой, это лица молодого и частично зрелого возраста; 2-ю группу составили все остальные пациенты, более половины из которых относились к старшему возрасту: пожилому, старческому и долгожительству.

**Регламентированный порядок диспансеризации («контроль»).** Все наблюдающиеся пациенты ежегодно проходят медицинское обследование, с 2019 г. в два этапа согласно п. 17 приказа Минздрава России от 13.03.2019 г. №124н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения», который предусматривает ежегодные профилактические осмотры всех граждан РФ старше сорока лет.

Первый этап диспансеризации (скрининг) позволяет определить у человека наличие различных хронических болезней и факторов их риска, что диктует необходимость дальнейшего обследования. В связи с этим на первом этапе осуществлялся сбор данных об истории и образе жизни; устанавливались важнейшие антропометрические параметры; определялись показатели функционального состояния системы гемодинамики, включая лабораторные и инструментальные; применялись скрининговые лучевые методы исследования грудной клетки, молочных желез; выполнялся общий анализ крови; скрининг на выявление новообразований пищевода, желудка и двенадцатиперстной кишки (эзофагогастродуоденоскопия); у всех пациентов старше 60 лет проводился скрининговый гериатрический тест.

На втором этапе (п. 18 приказа №124н) проводилось дообследование, уточнение диагноза заболевания посредством углубленного профилактического консультирования узкими специалистами. Так, при обнаружении у человека повышенного артериального давления, холестерина и избыточной массы тела выполнялось дуплексное сканирование брахицефальных артерий; при необходимости — колоноскопия; спирометрия. По окончании прохождения второго этапа определялась группа здоровья.

**Оптимизированный порядок диспансеризации («исследование»).** Новыми стали обязательный онкологический (по приказу МЗ РФ) и гериатрический скрининги для всех лиц пожилого и старческого возраста, а также для тех, кому уже исполнилось 40 лет (инициатива госпиталя). Анализ онкологического скрининга должен увеличить процент выявления раковых заболеваний на I стадии. Гериатрический скрининг включал: обязательное анкетирование для выявления риска развития сенильных синдромов и определения наибольших проблем

Ответственный автор — Денисова Татьяна Петровна  
Тел.: +7 (903) 3285911  
E-mail: t.p.denisova@gmail.com

здоровья по мнению самих пациентов; комплексную гериатрическую оценку (КГО); исследование уровня важнейших параметров гормонально-метаболического гомеостаза: фолиевой кислоты, витаминов В12 и D, фракций белка, азотистых шлаков, гемоглобина, гормонов щитовидной железы, которые рассматривались нами как маркеры инициального и текущего старения.

**Особенности диспансеризации пациентов пожилого и старческого возраста.** Пациенты с сенильными синдромами, существенно влияющими на качество жизни, ее продолжительность, прежде всего с сенильной астенизацией, передавались под наблюдение гериатра поликлиники. Синдром старческой астении расценивался как прогностический фактор и мера оценки степени утраты самообслуживания и потребности в семейной и социальной поддержке и помощи [6, 7].

Полученная информация была доведена до сведения каждого пациента в доступной и психологически щадящей форме. Формирование диспансерных групп для дальнейшего лечения проводилось по клинически значимому заболеванию или синдрому для наблюдения соответствующего специалиста (кардиолога, невролога, эндокринолога); при выраженной полиморбидности (4 и более заболеваний внутренних органов) — гериатра.

**Методы сравнительного анализа и проверки статистических гипотез.** Удовлетворенность пациентов качеством оказания медицинской помощи оценивалась путем анкетирования с использованием анкеты для оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями в амбулаторных условиях (Портал независимой оценки качества условий оказания услуг медицинскими организациями), визуально-аналоговой шкалы (ВАШ). Дополнительно пациенту предлагалось назвать самые «положительные» и самые «отрицательные» моменты в процессе диспансеризации, а также наиболее беспокоящие его формы внутренней патологии.

**Структура распространенности основных форм внутренней патологии в сформированной выборке.** Особый интерес вызвало ранжирование заболеваемости по ответам опрошенных пациентов: доминируют сердечно-сосудистые заболевания; 2-е место занимают заболевания костно-мышечной системы и опорно-двигательного аппарата; на 3-м месте заболевания органов дыхания; на 4-м — заболевания органов пищеварения; на 5-м — заболевания эндокринной системы; на 6-м — заболевания нервной системы; на 7-м — заболевания мочеполовой системы; на 8-м — онкологические заболевания ( $p=0,036$ ). К сожалению, учесть распространенность болезней глаз в данном опросе не удалось, хотя жалоб на эти заболевания было очень много, но квалифицировать их многие пациенты не могли, так как у них отсутствовали сведения о результатах осмотра окулистом. Между мнением пациентов и мнением врачей, сформированным в процессе обследования, выявлены существенные различия.

На первом этапе осмотрено 92,7% участников 1-й группы обследования. По результатам сформированы группы здоровья: I группа здоровья — 16,3%; II — 17,4%; III — 64,3%; IV — 2,1%; V — 0% ( $p=0,041$ ). Безусловно, смущает малочисленность группы практически здоровых людей, и людей, имеющих риск развития того или иного заболевания (II группа здоровья), однако за последние восемь лет отмечено значимое увеличение этих групп. И хотя во II группе

здоровья отсутствуют клинически манифестные заболевания, выявленные факторы риска «тихо подтачивают» функциональное состояние важнейших органов и систем, угрожая их разрушением.

Именно эта группа нуждается в пристальном внимании специалистов, максимально возможной коррекции факторов риска, замедлении манифестации и прогрессивности клинической формы патологии. Современные исследователи сходятся во мнении и убедительно доказывают, что большинство заболеваний сердечно-сосудистой системы можно предотвратить, если снизить частоту так называемых поведенческих факторов риска (употребление табака, низкая физическая активность, неправильное питание, ожирение, пагубное употребление алкоголя) с использованием индивидуальной и популяционной стратегий. Доказательства этому получены и в наших исследованиях [1]. Все пациенты II группы здоровья переданы под наблюдение соответствующих специалистов.

В амбулаторном лечении или обследовании нуждаются пациенты III группы здоровья, а это самая квалифицированная, стажированная, и работоспособная часть общества. Минимальная потребность в плановом стационарном лечении не успокаивает, так как свидетельствует о недостаточности превентивных мер по лечению соматической патологии.

Среди пациентов III группы наиболее распространены заболевания органов кровообращения, прежде всего артериальная гипертензия. При этом нарастает минимальная выраженность хронического коронарного синдрома, что ставит под вопрос адекватность предтестовой оценки ситуации. Достаточно распространены патология органов дыхания, различные формы патологии щитовидной железы, малоклеточный метаболический синдром, патология желчевыделительной системы, доброкачественная дисплазия молочных желез. И хотя распространенность перечисленных форм патологии в этой группе меньше, чем в городской популяции в целом, ее уровень тревожит и диктует необходимость оптимизации системы медицинского наблюдения на предыдущих этапах. Подавляющее большинство обследованных страдает дорсопатиями, заболеваниями вен нижних конечностей и органов зрения. Все больные IV группы здоровья (в основном патология желудочно-кишечного тракта, пупочные грыжи, миопии, патология лор-органов) направлены в профильные стационары.

В 2-й группе наблюдения обследование выполнено полностью практически у всех пациентов. В результате установлено отсутствие пациентов для определения в I и II группы здоровья; не выявлены пациенты с потребностью в высокотехнологичном лечении (V группа здоровья). Таким образом, все пациенты данной (2-й) группы отнесены к III и IV группам здоровья. Наиболее распространены среди пациентов 2-й группы болезни органов кровообращения, дыхания, мочевыделительной и пищеварительной систем, эндокринные формы патологии.

Практически у всех больных пожилого и старческого возраста выявлена полиморбидность: количество заболеваний варьировалось от трех (минимально) до десяти и более. Каждое из заболеваний имеет свои особенности, по-разному влияет на качество жизни и требует соответствующей персонализированной терапии. Именно полиморбидность, заставляющая больного наблюдаться одновременно у врачей нескольких специальностей, является при-



чиной вынужденной полипрагмазии, что усложняет терапию коморбидных пациентов.

**Сенильная полиморбидность.** Полиморбидность — сочетание у одного больного двух или более хронических заболеваний, этиопатогенетически взаимосвязанных между собой или совпадающих по времени появления вне зависимости от активности каждого из них. Полиморбидность вызывает деформацию клинической картины давно известных патологических процессов, снижает диагностическую ценность привычных симптомов. Кроме того, в условиях множественной патологии одно из заболеваний часто вызывает у пожилых декомпенсацию другой патологии (декомпенсация сахарного диабета при пневмониях или травмах). В гериатрической практике, как правило, встречаются одновременно несколько форм патологии органов и систем. К настоящему времени сформировалось представление о коморбидных и полиморбидных состояниях. Вместе с тем причины и механизмы формирования полиморбидности не ясны. Более того, до настоящего времени отсутствуют клинические различия возрастных и патологических изменений органов и тканей, а также их сочетаний, недостаточно определены клинические особенности типичных форм патологии, протекающей в условиях старения.

Существует множество синонимов коморбидности (полиморбидность, мультиморбидность, мультифакториальные заболевания, полипатия, соборленность, двойной диагноз, плюрипатология). Достаточно популярным в последние годы стал термин «синдром перекреста или наложения — overlap syndrome». Основные причины развития коморбидных заболеваний можно разделить на две группы: внутренние и внешние. К внутренним причинам относятся генетическая предрасположенность, сходный этиопатогенез ряда заболеваний, роль одной болезни как фактора риска другой болезни и причина патоморфоза сопутствующей патологии, единые инволютивные изменения в органах и тканях. Среди внешних причин основными являются: состояние экологии, сходный образ жизни и социально-психологический статус, единый антигенный состав микробиома пациента, лекарственная коморбидность. У наших пациентов удалось обнаружить в качестве причин полиморбидности факторы из обеих групп.

Учитывая тяжесть состояния пациентов с полиморбидностью и негативный прогноз для определения дальнейшего наблюдения, мы использовали наиболее популярный в клинической практике индекс Charlson, который с учетом возраста и степени выраженности полиморбидности позволяет оценить риск смертности пациентов: при отсутствии полиморбидности он составляет 12%, а с учетом ее появления и нарастания отчетливо увеличивается: при 1–2 баллах до 26%, при 3–4 баллах до 52%, а при сумме более 5 баллов до 85%.

**Особенности лабораторного скрининга у пациентов пожилого и старческого возраста.** Интенсификация методик, применяемых для клинико-лабораторного скрининга пациентов пожилого и старческого возраста, проводилась в соответствии с национальными клиническими рекомендациями [8–10]. Дополнительно выполнялся анализ возрастзависимых изменений метаболического статуса пациента позднего возраста по данным литературы [11].

Всем пациентам пожилого и старческого возраста, особенно с высоковероятной старческой асте-

нией, определяли уровень креатинина сыворотки с расчетом СКФ по формуле СКД-ЕРІ для оценки функционального состояния почек и выбора режима дозирования лекарственных средств [12].

При проведении комплексной гериатрической оценки (КГО) выполнен общий анализ крови и оценено наличие анемии (по уровню гемоглобина) ввиду ее высокой распространенности у пациентов со старческой астенией, тесной ассоциации с другими гериатрическими синдромами и весомого значения для прогноза течения старческой астении и жизни пациента [13]. Как было показано в наших предыдущих исследованиях, анемия даже легкой степени влияет на увеличение риска смерти, повышает заболеваемость, снижает качество жизни, связана с развитием ХСН, депрессии у госпитализированных больных, ухудшением функционального статуса, когнитивными нарушениями [14].

Проведение КГО сопровождалось изучением функции щитовидной железы (исследование концентрации ТТГ в сыворотке) ввиду высокой распространенности дисфункции щитовидной железы у пациентов пожилого и старческого возраста, прежде всего у лиц со старческой астенией, ее тесной ассоциации с другими гериатрическими синдромами и прогнозом течения старческой астении.

Оценка уровня общего белка и альбумина сыворотки позволяет выявлять синдром мальнутриции. Снижение концентрации общего белка и альбумина сыворотки у пациентов с синдромом старческой астении является признаком белково-энергетической недостаточности. Считается, что низкий уровень общего белка и альбумина в сыворотке крови тесно связан с прогнозом жизни пациента со старческой астенией.

Неправильное питание из-за индивидуальных предпочтений и депрессии может привести к авитаминозам. Нередко когнитивный дефицит сопровождается авитаминозом В12. Психические нарушения при авитаминозе В12 могут возникать в отсутствие анемии или макроцитоза, что объясняет значимость определения уровня витамина В12 в сыворотке крови. Согласно нашим данным, у 18% обследованных пациентов гериатрического возраста уровень витамина В12 был ниже нормы (191–663 пг/мл). Аналогичные данные получены относительно фолиевой кислоты. Группа с низким уровнем витамина В12 рассматривалась как группа высокого риска развития деменции и передавалась для совместного наблюдения гериатра и психоневролога [10, 15].

Пациентам со старческой астенией, установленной в результате КГО, проводили исследование уровня витамина 25 (ОН) D3 сыворотки. Установлено, что уровень витамина 25 (ОН) D3 сыворотки является сильным независимым прогностическим маркером течения и исходов синдрома старческой астении и синдрома сенильного остеопороза. В зимне-весенний период у 100% наших пациентов уровень витамина 25 (ОН) D3 ниже нормы, в летне-осенний период лишь у 17,6% пациентов уровень витамина 25 (ОН) D3 ниже нормы. Исходя из полученных данных, всем пациентам пожилого и старческого возраста рекомендовали сезонное кратковременное пребывание на утреннем солнце [16].

**Степень удовлетворенности пациентов пожилого и старческого возраста качеством оказания медицинской помощи.** В целом отмечалась высокая степень удовлетворенности пациентов качеством оказания им медицинской помощи: ВАШ 84,0% (74,1; 98,2) среди пациентов группы «исследования»,

что было статистически выше по сравнению с пациентами группы «контроля» ( $p=0,037$ ). Среди положительных моментов, отмеченных опрошенными пациентами пожилого и старческого возраста, преобладали следующие: «хорошее отношение», «врач понятно объясняет», «лучше стал себя чувствовать». При более подробном расспросе удалось выяснить, что 72% пациентов пожилого и старческого возраста предпочитают личный контакт с врачом дистанционным методом получения информации, а 61% респондентов высказывали недоверие к современным цифровым технологиям.

Патологические процессы позднего возраста до настоящего времени не имеют единой оценки: являются они следствием или спутниками старения? это и есть «осень» человечества, механизм гибели индивидуумов? или болезни, протекающие в условиях увядающей биологической системы?..

В связи с этим одной из главных задач геронтологии является поиск решения проблемы позднего возраста форм патологии. Если возрастзависимые болезни формируются на фоне нормального старения, если их появление определяется сущностью инволюционных изменений, то между этими болезнями могут существовать сходные черты и общие признаки, указывающие на их взаимосвязь. Человек и в старости умирает от болезней, причем в подавляющем большинстве случаев от болезней, строго определенных — возрастзависимых.

Неспособность адаптироваться к постоянно меняющимся условиям и самостоятельно справляться с повседневными заботами приводит к зависимости от других, что вызывает у многих стариков чувство неполноценности, бессилия, покинутости. В результате нередко развиваются такие нарушения, как тревожные состояния, депрессии, ипохондрический синдром. Указанные синдромы могут исчезать после устранения неблагоприятных условий, однако в ряде случаев требуют врачебного вмешательства. В связи с этим очевидна необходимость приобретения врачами первичного звена навыков и умений в области ведения данной категории пациентов.

**Заключение.** Таким образом, система активного наблюдения за здоровьем населения с учетом условий их труда и образа жизни, направленная на сохранение здоровья, определение риска формирования различных форм патологии, предупреждение их развития, снижение частоты обострений хронических заболеваний, развития осложнений, инвалидности, смертности, повышение качества жизни и увеличения продолжительности активного и творческого долголетия, является важнейшей составляющей лечебной и профилактической деятельности лечебных учреждений.

Реализация всех положений активного наблюдения взрослого населения должна начинаться в молодом возрасте, что ведет к наиболее раннему выявлению проблем со здоровьем, которые на начальных стадиях могут себя никак не проявлять, но в дальнейшем стать причиной инвалидности или смерти.

В плане организации медицинской помощи пациентам важно сформировать группы максимально однородные по состоянию здоровья и необходимой терапии. Как показали наши наблюдения, для формирования однородности групп стратификации риска позднего возраста форм патологии нарушения самообслуживания и когнитивной независимости требуется учитывать следующие факторы: возраст; начальные признаки хрупкости; уровень маркеров

гормонально-метаболического увядания; наличие и степень полиморбидности. Ключевые принципы системы активного наблюдения пациентов старших возрастных групп: этапность, преемственность и индивидуальность.

Длительное наблюдение пациентов определяется индексом Charlson; с увеличением количества заболеваний внутренних органов (более четырех) и ухудшением прогноза (более 70%) наблюдение проводилось гериатром, а диагностика хрупкости при любой степени полиморбидности требовала постоянного наблюдения гериатра.

**Конфликт интересов не заявляется.**

## References (Литература)

1. Denisova TP, Malinova LI, Cherevatova OM. Aging and polymorbidity (biophysical aspects). Saratov: SSMU, 2006; 178 p. Russian (Денисова Т.П., Малинова Л.И., Череватова О.М. Старение и полиморбидность (биофизические аспекты). Саратов: СГМУ, 2006; 178 с.).
2. Carlson C, Merel SE, Yukawa M. Geriatric syndromes and geriatric assessment for the generalist. *Med Clin North Am* 2015; 99 (2): 263–79. DOI: 10.1016/j.mcna.2014.11.003.
3. Majumder S, Mondal T, Deen MJ. Wearable Sensors for Remote Health Monitoring. *Sensors (Basel)* 2017; 17 (1): 130. DOI: 10.3390/s17010130.
4. Liu L, Stroulia E, Nikolaidis I, et al. Smart homes and home health monitoring technologies for older adults: A systematic review. *Int J Med Inform* 2016; 91: 44–59. DOI: 10.1016/j.ijmedinf.2016.04.007.
5. Khrapylina LP, Puzin SN, Ivakhnenko LI, et al. Clinical examination of the elderly as a tool for health and prolonging active longevity. *Bulletin of the All-Russian Society of Specialists in Medical and Social Expertise, Rehabilitation and the Rehabilitation Industry* 2019; (4): 134–44. Russian (Храпылина Л.П., Пузин С.Н., Ивахненко Л.И. и др. Диспансеризация лиц пожилого возраста как инструмент здоровьесбережения и продления активного долголетия. Вестник Всероссийского общества специалистов по медико-социальной экспертизе, реабилитации и реабилитационной индустрии 2019; (4): 134–44).
6. Gorelik SG. Syndrome of senile asthenia (frailty) as a medical and social problem. In: *Clinical and fundamental aspects of gerontology*. Samara: Samara State Medical University, 2015; p. 77–82. Russian (Горелик С.Г. Синдром старческой астении (frailty) как медико-социальная проблема. В кн.: Клинические и фундаментальные аспекты геронтологии: сб. науч. трудов. Самара: Изд-во СамГМУ, 2015; с. 77–82).
7. Parker SG, McCue P, Phelps K, et al. What is Comprehensive Geriatric Assessment (CGA)? An umbrella review. *Age Ageing* 2018; 47 (1): 149–55. DOI: 10.1093/ageing/afx166.
8. Qiu S, Cai X, Sun Z, et al. Heart Rate Recovery and Risk of Cardiovascular Events and All-Cause Mortality: A Meta-Analysis of Prospective Cohort Studies. *J Am Heart Assoc* 2017; 6 (5): e005505. DOI: 10.1161/JAHA.117.005505.
9. A comprehensive interdisciplinary and interagency program for the prevention, early detection, diagnosis and treatment of cognitive impairment in the elderly and senile until 2025. URL: [http://rgnkc.ru/images/pdf\\_documets/Antidement\\_plan\\_060919.pdf](http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Antidement_plan_060919.pdf). Russian (Комплексная междисциплинарная и межведомственная программа профилактики, раннего выявления, диагностики и лечения когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста до 2025 г. URL: [http://rgnkc.ru/images/pdf\\_documets/Antidement\\_plan\\_060919.pdf](http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/Antidement_plan_060919.pdf)).
10. Malnutrition in the elderly and senile: Clinical recommendations of the Ministry of Health of Russia. URL: [http://rgnkc.ru/images/pdf\\_documets/nedostatochnost\\_pitaniya%20\\_28012020.pdf](http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/nedostatochnost_pitaniya%20_28012020.pdf). Russian (Недостаточность питания у лиц пожилого и старческого возраста: Клинические рекомендации Минздрава России. URL: [http://rgnkc.ru/images/pdf\\_documets/nedostatochnost\\_pitaniya%20\\_28012020.pdf](http://rgnkc.ru/images/pdf_documets/nedostatochnost_pitaniya%20_28012020.pdf)).
11. Vasarhelyi B, Debreczeni LA. Lab Test Findings in the Elderly. *EJIFCC* 2017; 28 (4): 328–32.

12. Rosansky SJ, Schell J, Shega J, et al. Treatment decisions for older adults with advanced chronic kidney disease. *BMC Nephrol* 2017; 18(1):200. DOI: 10.1186/s12882-017-0617-3.

13. Gymez S, Remacha BF, Mucoz M. Anaemia in the elderly [Anemia del anciano]. *Med Clin (Barc)* 2017; 149 (11): 496–503. DOI: 10.1016/j.medcli. 2017.06.025.

14. Denisova TP, Cherevatova OM. Characterization of anemic syndrome in the elderly and senile. *Clinical Gerontology* 2005; 11 (9): 9–10. Russian (Денисова Т.П., Череватова

О.М. Характеристика анемического синдрома у лиц пожилого и старческого возраста. *Клиническая геронтология* 2005; 11 (9): 9–10).

15. Milani RV, Lavie CJ. Health care 2020: reengineering health care delivery to combat chronic disease. *Am J Med* 2015; 128 (4): 337–43. DOI: 10.1016/j.amjmed. 2014.10.047.

16. Moorhouse P, Koller K, Mallery L. End of Life Care in Frailty. *Interdiscip Top Gerontol Geriatr* 2015; 41: 151–60. DOI: 10.1159/000381232.

УДК 616.132.2–008.64–036.12–07 (045)

Лекция

## ХРОНИЧЕСКИЕ КОРОНАРНЫЕ СИНДРОМЫ: КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ, ДИАГНОСТИКА

**Т. П. Денисова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, профессор, доктор медицинских наук; **Т. Е. Липатова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, заведующая кафедрой терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доцент, доктор медицинских наук; **Л. И. Малинова** — ФГБОУ ВО «Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского» Минздрава России, профессор кафедры терапии с курсами кардиологии, функциональной диагностики и гериатрии, доктор медицинских наук.

### CHRONIC CORONARY SYNDROMES: CLINICAL FEATURES, DIAGNOSIS

**T. P. Denisova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Professor of Department of Therapy, with Courses of Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Professor, DSc.; **T. E. Lipatova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Therapy, with Courses of Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, Associate Professor, DSc.; **L. I. Malinova** — Saratov State Medical University n. a. V. I. Razumovsky, Professor of Department of Therapy, with Courses of Cardiology, Functional Diagnostics and Geriatrics, DSc.

Дата поступления — 10.02.2020 г.

Дата принятия в печать — 05.03.2020 г.

**Денисова Т. П., Липатова Т. Е., Малинова Л. И.** Хронические коронарные синдромы: клинические особенности, диагностика. *Саратовский научно-медицинский журнал* 2020; 16 (1): 150–155.

Лекция посвящена существующим представлениям о диагностике и лечении ишемической болезни сердца. В соответствии с клиническими рекомендациями Европейского общества кардиологов (2019) вводится понятие о хронических коронарных синдромах, рассматриваются их патогенетические механизмы, клинические сценарии течения и методы диагностики. Особый акцент сделан на поздневозрастной категории пациентов.

**Ключевые слова:** хронические коронарные синдромы, стенокардия напряжения, ишемическая болезнь сердца.

**Denisova TP, Lipatova TE, Malinova LI.** Chronic coronary syndromes: clinical features, diagnosis. *Saratov Journal of Medical Scientific Research* 2020; 16 (1): 150–155.

The lecture is devoted to existing ideas about the diagnosis and treatment of coronary heart disease. The concept of chronic coronary syndromes (CCS) is introduced in accordance with The ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes, 2019. CCS pathogenetic mechanisms, clinical flow scenarios and diagnostic methods are considered. Particular emphasis is placed on the late age category of patients.

**Key words:** chronic coronary syndromes, stress angina, coronary heart disease.

**Введение.** Ишемическая болезнь сердца остается одной из самых распространенных форм патологии, нарушающих здоровье, трудоспособность людей, а также укорачивающих продолжительность жизни. Однако не более 50% больных знают о ней у себя и получают соответствующую терапию. Почти у половины больных первым проявлением заболевания является острый коронарный синдром. В связи с этим весьма актуальной становится проблема ранней диагностики и адекватной терапии коронарных синдромов (как острого, так и хронического).

Из пяти новых рекомендаций, представленных на Европейском конгрессе кардиологов в Париже (2019), следует выделить рекомендации по диагностике и лечению пациентов с хроническим коронарным синдромом [1]. Наиболее очевидным изменением стало обновление названия. Используемый в прежних рекомендациях (2013 г.) термин «стабиль-

ная коронарная (ишемическая) болезнь» был заменен на «хронические коронарные синдромы». Подобный термин противопоставляет острому коронарному синдрому хронический коронарный синдром, подчеркивая его хроническое течение.

**Определение понятия.** Хронический коронарный синдром (ХКС) — клинко-патоморфологическое и патофизиологическое состояние, возникающее с момента образования атеросклеротической бляшки до функциональных нарушений коронарных артерий, которое может характеризоваться как наличием явных клинических проявлений, так и их полным отсутствием. Таким образом, понятие ХКС вбирает в себя последовательные этапы формирования ишемических явлений в миокарде, обусловленных атеросклеротической бляшкой. Клиническая значимость ХКС предопределена не только частотой возникновения и возможностью обратного развития вследствие фармакологической терапии или реваскуляризации, но и внезапной трансформацией в острый коронарный синдром с фатальными последствиями.

**Ответственный автор** — Денисова Татьяна Петровна  
Тел.: +7 (903) 3285911  
E-mail: t.p.denisova@gmail.com