

4. Стародубов В.И. Затраты рабочего времени врачей амбулаторного звена по данным фотохронометражных исследований / В.И. Стародубов, И.М. Сон, М.А. Иванова // Менеджер здравоохранения. –2014. – №8.

5. Стародубов В.И. Затраты рабочего времени врачей-специалистов на оказание медицинской помощи в амбулаторных условиях / В.И. Стародубов, И.М. Сон, О.В. Армашевская // Менеджер здравоохранения. 2016. –№2.

6. Федеральный закон от 21.11.2011 г. №323-ФЗ (ред. от 23.07.2013 г.) Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации // Собрание законодательства РФ. – 2011. – №48. – 6724 с.

7. Федосеев Г.Б. Совместимы ли в работе участкового врача терапевта скоростной метод и качество / Г.Б. Федосеев // Российский медицинский журнал. – 2012. – №4. – С. 40-44

8. Шалыгина Л. С. Стандартизация как основа обеспечения качественной высокотехнологичной медицинской помощи для устойчивого развития медицинской организации / Л.С. Шалыгина, М.А. Садовой, Е.А. Финченко //Сибирское медицинское обозрение. – 2013. – №. 6 (84).

9. Шарабчиев Ю. Т. Доступность и качество медицинской помощи: слагаемые успеха / Ю.Т. Шарабчиев, Т.В. Дудина //Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2013. – №. 4 (4)

УДК 616.89-008.454

**Шамбатов М.А., Бахтин В.М., Попов А.А.<sup>2</sup>, Изможерова Н.В.<sup>1</sup>  
ЧАСТОТА ВЫЯВЛЕНИЯ КОГНИТИВНОЙ ДИСФУНКЦИИ У  
ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ ТЕРАПЕВТИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ**

1. Кафедра фармакологии и клинической фармакологии
2. Кафедра госпитальной терапии и скорой медицинской помощи  
Уральский государственный медицинский университет  
г. Екатеринбург, Российская Федерация

**Shambatov M.A., Bakhtin V.M., Popov A.A.<sup>2</sup>, Izmozherova N.V.<sup>1</sup>  
THE DETECTION RATE OF COGNITIVE DYSFUNCTION IN ELDERLY  
PATIENTS OF A THERAPEUTIC PROFILE**

1. Department of Pharmacology and Clinical Pharmacology
2. Department of Hospital Therapy and Emergency Medical Care  
Urals State Medical University  
Yekaterinburg, the Russian Federation

E – mail: muraz.shambatov@rambler.ru

**Аннотация.** В статье представлены результаты кросс-секционного исследования, посвященного оценке частоты выявления когнитивной

дисфункции, коморбидных заболеваний и качества жизни у пациентов круглосуточного стационара в возрасте старше 65 лет.

**Ключевые слова:** когнитивная дисфункция, пожилые пациенты, качество жизни.

**Annotation.** The article presents the results of a cross-sectional study on the assessment of cognitive dysfunction detection rate, comorbidity and quality of life in inpatients over 65 years of age.

**Keywords:** cognitive dysfunction, elderly patients, quality of life.

### **Введение**

Согласно мнению экспертов ООН, к середине 21 века доля лиц в возрасте старше 65 лет достигнет 30% [7]. Демографическая тенденция в России, соответствует общемировой [4]. В связи со старением населения, возрастает потребность в реабилитации, способствующей повышению качества жизни данной группы населения [2].

Среди лиц пожилого возраста значительно чаще встречаются различные когнитивные нарушения и коморбидные заболевания, в том числе ожирение [1, 3]. Наличие данных проблем обуславливает потерю работоспособности и независимости, ограничение социальных контактов, существенно снижая качество жизни [1, 2].

Диагностика ожирения, других распространенных коморбидных заболеваний стандартизована и широко используются в практическом здравоохранении. Выявление когнитивных нарушений весьма затруднительно, в особенности, на начальных этапах, что связано с низкой выраженностью клинических проявлений. Большинство тестов, направленных на выявление когнитивных нарушений требуют значительных временных затрат, в связи с чем, в клинической практике широко не применяются. Необходимо иметь представление о распространенности данных нарушений в практике специалистов различного профиля, с целью оптимизации распределения ресурсов здравоохранения и информирования лечащих врачей о частоте выявления вышеуказанных нарушений, их ассоциации с другими патологическими состояниями.

**Цель исследования** – оценка частоты выявления когнитивной дисфункции, коморбидных заболеваний и качества жизни у пациентов, госпитализированных в круглосуточные стационары терапевтического профиля.

### **Материалы и методы исследования**

Настоящее одномоментное исследование проведено на базе ГКБ №6 и ЦГКБ №24 г. Екатеринбурга в период с 10 января 2019 года по 1 марта 2019 г. В выборку включены 97 пациентов терапевтических отделений круглосуточного стационара, в возрасте от 65 до 88 лет, медиана возраста – 71 (68÷77), среди которых: 60 женщин (61,86 %) и 37 мужчин (38,14 %).

Критериями включения в выборку являлись: возраст 65 лет и старше, текущая госпитализация в круглосуточное отделение терапевтического профиля, подписанное пациентом информированное согласие на участие в исследовании, сбор и обработку персональных данных. Критерии исключения пациентов из исследования: возраст моложе 65 лет, отсутствие информированного добровольного согласия на участие в исследовании, сбор и обработку персональных данных, антропометрическое исследование.

Использованы: специально разработанный опросник, отражающий анамнез жизни, анамнез заболевания, данные о лечении в амбулаторных условиях; опросник MMSE для оценки когнитивных функций; опросник EQ5DL и EQ5DL-VAS для оценки качества жизни.

Коморбидность оценивали с помощью индекса Чарльсон, используемого для оценки прогноза лиц с коморбидными заболеваниями. Инструмент представляет собой систему балльной оценки (от 0 до 40 баллов) наиболее распространенных сопутствующих заболеваний. При расчете индекса, суммируются баллы, соответствующие сопутствующим заболеваниям. При наличии каждого заболевания начисляется 1, 2, 3 или 6 баллов, оценка соответствует степени влияния заболевания на прогноз летальности. Также по 1 баллу добавляется на каждую декаду жизни при превышении пациентом сорокалетнего возраста (то есть 50 лет — 1 балл, 60 лет — 2 балла, и т. д.). Так, при сумме в 0 баллов, 10 – летняя выживаемость составляет 99%, при сумме в 5 баллов – 21% [5].

Качество жизни, обусловленное состояние здоровья оценивали с помощью опросника EQ-5D-5L с EQ-VAS (visualanalogscale). Данные по каждому из вопросов суммируются и переводятся в шкалу от 0 до 25, где 0 – максимально высокое качество жизни, а 25 – крайне низкое. При показателе ниже 10 баллов, качество жизни признается низким. EQ-VAS представляет собой визуальную шкалу от 0 до 100, на которой пациент отмечает субъективную оценку текущего состояния здоровья.

Наличие когнитивной дисфункции оценивали с помощью опросника MMSE (краткая шкала оценки психического статуса), использовали следующую классификацию: 28 – 30 баллов – отсутствие нарушения когнитивных функций; 24 – 27 баллов – предметные когнитивные нарушения; 20 – 23 балла – деменция легкой степени выраженности; 11 – 19 баллов – деменция умеренной степени выраженности; 0 – 10 баллов – тяжелая деменция [6].

Массу тела оценивали при помощи расчета индекса массы тела (ИМТ), полученные значения классифицировали согласно рекомендациям ВОЗ: до 18,5 кг/м<sup>2</sup> - недостаточная масса тела; до 25 кг/м<sup>2</sup> - нормальная масса тела; 25 - 30 кг/м<sup>2</sup> – избыточная масса тела (предожирение); 30 - 35 кг/м<sup>2</sup> - ожирение первой степени; 35—40 кг/м<sup>2</sup> - ожирение второй степени; 40 кг/м<sup>2</sup> и более - ожирение третьей степени (морбидное) [8].

Данные представлены в виде: медиана (25÷75 перцентили). Статистическая обработка данных проводилась с помощью пакета «STATISTICA 10.0» с использованием непараметрических критериев. Различия и корреляции считались достоверными при уровне статистической значимости  $p < 0,05$ .

Исследование одобрено локальным этическим комитетом Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации, протокол заседания №9 23.11. 2018 г.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При оценке когнитивных функций установлено, что у 34 (35,05 %) пациентов выявлены преддементные когнитивные нарушения, у 25 (25,77 %) установлена деменция легкой степени, 18 (18,56%) пациентов имели умеренную степень деменции и 2 (2,06 %) респондентов имели тяжелую деменцию, лишь в 18 (18,56%) случаях когнитивные функции не нарушены.

Выявлена статистически значимая корреляция между снижением когнитивной функции по шкале MMSE и возрастом ( $R=0,31$ ,  $p < 0,05$ ). Установлено статистически значимое снижение уровня качества жизни по мере прогрессирования когнитивной дисфункции ( $R= -0,28$ ,  $p < 0,05$ ).

При оценке массы тела выявлено, что 20 (20,62 %) пациентов имели значения ИМТ, соответствующие норме, у 34 (35,05 %) выявлена избыточная масса тела, 26 (26,80 %) пациентов страдали ожирением 1 степени, 10 (10,39 %) пациентов страдали ожирением 2 степени и у 7 (7,22 %) пациентов выявлено морбидное ожирение.

Выявлена слабая положительная корреляция между значениями ИМТ и суммарным баллом EQ5DL ( $R=0,22$ ;  $p < 0,01$ ), в связи с чем можно сделать вывод о том, что при увеличении масса тела пациента, снижается уровень качества жизни. Установлена слабая положительная корреляционная связь между значениями ИМТ и индексом Чарльсон ( $R=0,23$ ,  $p < 0,01$ ), что свидетельствует о возрастании числа коморбидных заболеваний и ухудшении прогноза выживаемости по мере увеличения массы тела.

При оценке результатов анкетирования по опроснику EQ5DL медиана балла составила 10,00 (7,5÷14). У 48 (50 %) пациентов по интегральной оценке EQ5DL выявлен низкий уровень качества жизни.

Медиана значения EQ – VAS в исследуемой группе составила 65,50 (50,00÷70,00).

Установлена слабая отрицательная корреляция между значением критерия Чарльсон и значением визуально – аналоговой шкалы, что свидетельствует о субъективном снижении интенсивности болевых ощущений по мере увеличения количества коморбидных заболеваний ( $R=-0,30$ ,  $p < 0,05$ ).

Медиана индекса коморбидности Чарльсон в исследуемой выборке составила 5 (4÷6), что в целом, отражает неблагоприятный прогноз выживаемости среди пациентов, включенных в исследование.

Выявлена отрицательная корреляция между значением шкалы MMSE и индексом Чарльсон, что свидетельствует об ассоциации коморбидности и когнитивной дисфункции ( $R=-0,34$ ,  $p < 0,01$ ). Установлена, положительная корреляция слабой силы между, значением индекса Чарльсона и суммарной оценкой качества жизни по шкале EQ5DL ( $R=0,34$ ,  $p < 0,05$ ), что свидетельствует о негативном влиянии коморбидности на качество жизни пациентов. При детализации шкалы EQ5DL установлено, что снижение качества жизни происходит за счёт следующих компонентов: подвижность ( $R=0,30$ ;  $p < 0,01$ ), уход ( $R=0,33$ ;  $p < 0,01$ ), деятельность ( $R=0,25$ ;  $p=0,01$ ) и боль ( $R=0,27$ ;  $p=0,01$ ).

**Выводы:**

1. Большая часть пациентов круглосуточного стационара в возрасте старше 65 лет имели нарушение когнитивных функций различной степени. При этом, у трети исследуемых выявлены предметные нарушения, поддающиеся коррекции при адекватной консервативной терапии и реабилитации.
2. В обследованной группе, установлена высокая частота выявления коморбидных заболеваний, ассоциированная с низким качеством жизни.
3. Только 20% обследованных пациентов имели нормальную массу тела, выявлена ассоциация избыточной массы тела и ожирения с высоким уровнем коморбидности и низким уровнем качества жизни.

**Список литературы:**

1. Абрамович С.Г. Показатели качества жизни и индекс массы тела у больных гипертонической болезнью пожилого возраста // Клиническая медицина. – 2004. – Т. 82. – №. 6. – С. 27-29.
2. Буркин М.М. Интегральная оценка качества жизни людей пожилого возраста в регионах России // Управление экономическими системами: электронный научный журнал. – 2018. – №. 7. – С. 10-17.
3. Остроумова О.Д. Артериальная гипертония, когнитивные нарушения и деменция: взгляд кардиолога // Журнал неврологии и психиатрии им. СС Корсакова. – 2018. – Т. 118. – №. 9. – С. 117-125.
4. Рязанцев С. В. Проблемы старения населения России // Научное обозрение. Серия 1: Экономика и право. – 2014. – №. 1. – С. 83-87
5. Charlson M.E. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J ChronDis. – 1987. – № 40(5). – P. 373-383.
6. Folstein M. Mini-Mental State: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. // J Psychiatr Res 1975. – №12. – P. 189-198.

7. United Nations (UN), World Population Ageing: 1950–2050, URL: "<http://www.un.org/esa/population/publications/worldageing19502050>"19502050 (дата обращения 08.03.2019).

8. World Health Organization et al. Expert committee on physical status // Physical Status: the use and interpretation of anthropometry. Geneva: WHO. – 1995.