

Частота геріатричного синдрому немічності у хворих на гіпертонічну хворобу в похилому та старечому віці

Л.М. Єна, Г.М. Христофорова, М.Г. Ахаладзе, О.Г. Гаркавенко

ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України», Київ

Мета роботи – визначити частоту і тяжкість синдрому немічності у хворих похилого та старечого віку з неускладненою гіпертонічною хворобою (ГХ) за допомогою геріатричних інструментів.

Матеріали і методи. У 120 хворих віком 60–89 років з ГХ II стадії здійснено опитування за анкетною FRAIL і модифікованим фенотипом Frailty, проведено фізичне тестування за Короткою батареєю тестів фізичного статусу.

Результати та обговорення. Частота виявлення синдрому немічності у хворих на ГХ суттєво залежала від застосованого методу і становила 17,2; 10,9 і 11,1 % за анкетною FRAIL, фенотипом Frailty і Короткою батареєю тестів фізичного статусу відповідно. Найчастішою формою порушення фізичного стану у хворих на неускладнену ГХ у похилому і старечому віці була пренемічність, реєстрація якої, залежно від методу діагностики, варіювала від 20,2 до 68,2 %. Частота синдрому немічності зростала з віком, цей синдром частіше реєстрували в жінок порівняно з чоловіками при визначенні за анкетною FRAIL і фенотипом Frailty.

Висновки. У пацієнтів похилого і старечого віку з неускладненою есенціальною гіпертензією виявлення геріатричного синдрому немічності залежить від використовуваних методів. Стан пренемічності виявився переважною формою фізичного розладу.

Ключові слова: гіпертонічна хвороба, похилий і старечий вік, геріатричні синдроми, синдром немічності, анкета FRAIL, фенотип Frailty, фізичний статус.

Фізичний стан людини похилого віку значною мірою впливає на результати антигіпертензивної терапії: прямий зв'язок між рівнем артеріального тиску (АТ) і ризиком ускладнень та смертності зберігається у старшому віці, але ця асоціація може бути втраченою або, більше того, зворотною в слабких людей з геріатричним синдромом (ГС) немічності [12].

ГС – термін для визначення хронічних порушень здоров'я, відмінних від загальноприйнятих понять «хвороба» і «синдром». Серед численних ГС особливе місце посідає ГС Frailty, який перекладається як дряхлість, немічність, крихкість, астения тощо. Консенсус щодо його діагностування як фізичного стану визначає такі складові: втомлюваність, втрату маси тіла, сили і маси м'язів, порушення рухливості, уповільнення ходьби, зменшення фізичної активності [7].

Розвиток ГС немічності поєднується з ризиком вираженої втрати функціональних можливостей, здатності до самообслуговування, формуванням повної залежності від сторонньої допомоги. Він асоціює зі зменшенням тривалості життя, високим ризиком ятрогенії, низькою прихильністю до медикаментозної терапії. У хворих з артеріальною гіпертензією (АГ) цей синдром визнаний як предиктор недостатнього контролю підвищеного АТ, високого ризику побічних реакцій [5, 10]. Усвідомлення значущості ГС знайшло відображення в рекомендаціях з діагностики й лікування АГ та цукрового діабету для пацієнтів старечого віку, де ГС немічності виступає фактором, який зумовлює зміни в лікуванні [6].

Хоча АГ, як і інші хронічні захворювання, і власне старечий вік вважаються основними детермінантами розвитку ГС немічності, метааналіз

досліджень (4 лонгітудинальні та 23 одномоментні) продемонстрував суперечливість результатів [17]. Так, частота синдрому немічності у хворих з АГ становила понад 14 %, водночас майже 72 % немічних людей страждали на АГ. За наявності синдрому немічності вибір лікування серцево-судинних захворювань загалом і АГ зокрема є проблемним. За умов відсутності значущої доказової бази прийнятним вбачається консенсус. Як приклад, у зв'язку зі швидким зростанням популяції «найстаріших людей» у Китаї розроблено консенсус щодо їх лікування з наголосом на такі складові ГС, як немічність, деменція, ортостатична гіпотензія [11].

Часткова зворотність ГС обумовлює пріоритетність виявлення їх на початкових стадіях. Це вбачається актуальним з огляду на те, що світ продовжує старішати, і сучасним демографічним трендом є збільшення швидкими темпами когорти людей віком 80 років і старших [13].

Мета роботи – визначити частоту і тяжкість синдрому немічності у хворих похилого та старечого віку з неускладненою гіпертонічною хворобою за допомогою геріатричних інструментів.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Обстежено 110 хворих на ГХ (79 жінок та 31 чоловік, середній вік – $(69,1 \pm 8,1)$ року), які перебували на стаціонарному лікуванні в умовах геріатричної клініки (відділ клінічної та епідеміологічної кардіології ДУ «Інститут геронтології імені Д.Ф. Чеботарьова НАМН України»).

Критерії залучення: вік 60–89 років, наявність підвищення АТ 1–2-го ступеня, ГХ II стадії, верифікованої відповідно до рекомендацій Всеукраїнської асоціації кардіологів України [1]. Усі пацієнти отримували стабільну терапію та були компенсовані за рівнем АТ.

Критерії вилучення: ускладнена ГХ, вторинна АГ, гострі стани, декомпенсація супутніх захворювань, психічні або онкологічні захворювання, неврологічні й ортопедичні хвороби, що обмежують фізичну активність, клінічно значущі зміни лабораторних аналізів.

Обстеження пацієнтів проводили за єдиною програмою після підписання інформованої згоди. Для проведення аналізу обстежені були розподілені на групи за віком згідно з класифікацією ВООЗ: похилий вік – 60–74 років (54 жінки та 26 чоловіків) та старечий вік – 75–89 років (25 жінок та 5 чоловіків). ГС немічності виявляли за допомогою двох найпоширеніших методів – за анкетною FRAIL і модифікованим фенотипом Frailty [7, 8, 16].

Використання саме анкетного варіанта фенотипу Frailty обумовлено його більшою адаптованістю до реальної практики, оскільки визначення швидкості ходьби визначає необхідність досить великого приміщення, корекції на стать і зріст, а вимірювання сили кистей рук потребує наступної корекції на стать та індекс маси тіла [7].

Фенотип Frailty діагностують за 5 критеріями: 1) ненавмисна втрата маси тіла; 2) виснаження, виражена стомлюваність (самооцінка); 3) зменшена сила кистей рук; 4) повільна швидкість ходьби; 5) суттєве зниження рівня фізичної активності (розрахунку енергії, що витрачається, згідно з анкетуванням). Шкала FRAIL оцінює п'ять показників: 1) втому; 2) витривалість; 3) рухливість; 4) наявність множинної патології; 5) втрату маси тіла. Оцінювання за обох методів здійснюється однотипно: за наявності трьох і більше балів виставляється оцінка «немічність», 1–2 бали – «пренемічність», тобто стан, що передує ГС немічності. При отриманні 0 балів хворі позначалися як «міцні».

Вивчали можливість використання виключно об'єктивних методів дослідження для діагностики синдрому немічності за допомогою Короткої батареї тестів фізичного статусу (The Short Physical Performance Battery) [9]. Оцінювали: 1) підтримання балансу (здатності стояти в положеннях ніг разом, пів тандем і тандем); 2) швидкість звичайної ходьби (час проходження дистанції 4 метри); 3) силу і витривалість нижніх кінцівок (час 5-разового вставання зі стільця і повернення в сидяче положення). Час (у секундах) реєстрували секундоміром з роздільною здатністю 1 с. Оцінки 0–4 бали присвоювали кожному субтесту на основі квантилів, які були встановлені у великих популяційних дослідженнях [4, 14]. Максимальна сума балів за результатами тесту становить 12 балів. Для оцінювання фізичної спроможності використовували класифікаційну шкалу [9]. Сума балів 0–3 класифікується як виражене фізичне обмеження, 4–6 балів – помірне обмеження, 7–9 балів – легке обмеження, 10–12 балів – мінімальне обмеження фізичного статусу. Результат 7 балів або менше є критерієм діагностики синдрому немічності.

Для статистичного аналізу використано пакет прикладних програм Statsoft Statistica 7.0. Оцінка показників за допомогою методу Колмогорова – Смірнова, показала, що дані не підлягали нормальному розподілу. Основні характеристики категоріальних показників отримані шляхом аналізу частот. Аналіз розбіжностей частот здійснено з використанням критерію χ^2 Пірсона або точного критерію Фішера. Для оцінки зв'язків використовували коефіцієнт рангової кореляції Спірмена.

Таблиця 1

Частота виявлення синдрому немічності у хворих похилого та старечого віку з гіпертонічною хворобою (n=110)

Група	Анкета FRAIL			Фенотип Frailty		
	Міцні (0 балів)	Пренемічні (1–2 бали)	Немічні (3–5 балів)	Міцні (0 балів)	Пренемічні (1–2 бали)	Немічні (3–5 балів)
60–74 років (n=80)	16,3 (13 %)	71,2 (57 %)	12,5 (10 %)	40,0 (32 %)	51,2 (41 %)	8,8 (7 %)
Жінки (n=54)	14,8 (8 %)	70,4 (38 %)	14,8 (8 %)	35,3 (19 %)	51,0 (28 %)	13,7 (7 %)
Чоловіки (n=26)	19,2 (5 %)	73,1 (19 %)	7,7 (2 %)	50,0 (13 %)	50,0 (13 %)	0
75–89 років (n=30)	10,0 (3 %)	60,0 (18 %)	30,0 (9 %)*	36,7 (11 %)	46,6 (14 %)	16,7 (5 %)
Жінки (n=25)	12,0 (3 %)	52,0 (13 %)	36,0 (9 %)	32 (8 %)	48,0 (12 %)	20,0 (5 %)
Чоловіки (n=5)	0	100 (5 %)	0#	60 (3 %)	40,0 (2 %)	0#
Загалом (n=110)	14,6 (16 %)	68,2 (75 %)	17,2 (19 %)	39,1 (43 %)	50,0 (55 %)	10,9 (12 %)

* – різниця показників статистично значуща порівняно з такими у хворих віком 60–74 роки ($p < 0,05$). # – різниця показників статистично значуща порівняно з такими в жінок цієї категорії ($p < 0,05$).

Статистично значущими вважали відмінності при $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

За результатами опитування за анкетною FRAIL та фенотипом Frailty частота синдрому немічності відрізнялася залежно від віку, статі та застосованих методів дослідження (табл. 1).

При порівнянні двох методів діагностики встановлено статистично значущі розбіжності щодо частоти виявлення синдрому немічності. Сумарна оцінка 3–5 балів, що засвідчує наявність немічності, за анкетною FRAIL зареєстрована в 1,5 рази частіше, ніж за фенотипом Frailty. Водночас кількість міцних осіб суттєво (більш ніж удвічі) була більшою згідно з фенотипом Frailty порівняно з анкетною FRAIL. За обома методами в досліджуваній вибірці превалювали пренемічні особи – 50–68,2 %.

При аналізі вікових розбіжностей у загальній вибірці синдром немічності за анкетною FRAIL реєстрували майже вдвічі рідше у хворих похилого віку, ніж старечого ($\chi^2=4,3$; $p=0,04$). Водночас за умов застосування критеріїв фенотипу Frailty статистично значущих розбіжностей не встановлено ($\chi^2=1,5$; $p=0,2$).

У сукупній вибірці синдром немічності суттєво частіше визначався в жінок порівняно з чоловіками як за анкетною FRAIL ($\chi^2=4,1$; $p=0,04$), так і за критеріями фенотипу Frailty ($\chi^2=6,3$; $p=0,01$). Пренемічні особи становили більшість в обох вікових групах без статистично значущих розбіжностей за віком та статтю.

При застосуванні анкети FRAIL порівняно з фенотипом Frailty суттєво вища частота виявлення немічності й пренемічності може бути пов'язана з характером запитань. Аналіз розподілу пацієнтів залежно від відповіді на окремі запитання показав, що згідно з анкетною FRAIL більшість пацієнтів, як жінок, так і чоловіків, відповіли позитивно на запитання щодо почуття втоми (табл. 2).

Водночас позитивні відповіді на інші запитання реєструвалися з меншою частотою і суттєво відрізнялися залежно від статі опитаних. На запитання щодо можливості піднятися на один проліт сходів негативна відповідь була отримана лише у 4 осіб жіночої статі. На неспроможність пройти квартал вказували 11,8 %, з яких кожна шоста жінка і лише один чоловік. Втрату маси тіла більш ніж 5 %, яка опосередковано свідчить про розвиток саркопенії, відзначили майже 21 % обстежених – кожна 4-та жінка та кожен 10-й чоловік. Розподіл хворих у сукупній вибірці за наявності ознак ГС немічності при опитуванні за анкетною FRAIL залежно від віку та статі представлено на рис. 1.

Найчастіше (близько 80 %) пацієнти, незалежно від віку та статі, відзначали втому (перше запитання), тим не менше вони були спроможні піднятися на один проліт сходами (друге запитання). Суперечливими виглядають відповіді на друге запитання щодо третього: відповідь «Ні» на друге запитання давали особи похилого віку, а на третє запитання, яке стосується здатності пройти квартал, – особи старечого віку. Кількість осіб з високим рівнем поліморбідності (5 і більше захворювань) була порівнянною в обох вікових групах (відповідно 35 і 40 %) у осіб як жіночої, так і чоловічої статі (відповідно 39 та 32 %). Статистично

Таблиця 2

Розподіл хворих залежно від відповіді «так» чи «ні» при використанні анкети FRAIL (n=110)

№	Запитання	«Ні»			«Так»		
		Жінки	Чоловіки	Разом	Жінки	Чоловіки	Разом
1	Чи відчуваєте ви втому?	20,3 (16 %)	19,36	20 (22 %)	79,8 (63 %)	80,7 (25 %)	80 (88 %)
2	Чи можете ви піднятися на один проліт сходів?	5,1 (4 %)	0	3,6 (4 %)	94,9 (75 %)	100 (31 %)	96,4 (106 %)
3	Чи можете ви пройти квартал?	15,2 (12 %)	3,3 (1 %)	11,8 (13 %)	84,8 (67 %)	96,8 (30 %)	88,2 (97 %)
4	Чи є у вас більше 5 хвороб?	62 (49 %)	67,7 (21 %)	63,6 (70 %)	38 (30 %)	32,3 (10 %)	36,4 (40 %)
5	Чи втратили ви більше 5 % маси тіла за останні 6 місяців?	74,7 (59 %)	90,3 (28 %)	79,1 (87 %)	25,3 (20 %)	9,7 (3 %)	20,9 (23 %)

значуще більше жінок порівняно з чоловіками і пацієнтів старечого віку порівняно з особами похилого віку повідомляли про значну ненавмисну втрату маси тіла, що може вказувати на зменшення м'язової маси і розвиток саркопенії.

На рис. 2 представлено розподіл пацієнтів похилого та старечого віку згідно з критеріями в групах фенотипу Frailty.

Найчастішим критерієм була слабкість у руках – у кожного третього пацієнта. Цей показник погіршувався з віком і реєструвався у кожного четвертого пацієнта похилого віку та майже в кожного другого – старечого віку. Вкрай рідко пацієнти вказували на уповільнення ходьби (близько 2 %), що відповідає даним обстеження геронтоло-

гічної когорти в дослідженні О.Н. Tkacheva та співавторів, у якому швидкість звичайної ходьби становила в середньому $(1,0 \pm 0,2)$ м/с [15].

У більшості (75,7 %) обстежених фізичну активність оцінювали як помірну. Низький рівень фізичної активності реєстрували у 21 %. Високий рівень активності підтримували лише 3,3 % хворих. Загальну втомлюваність / виснаженість відзначали лише 10 % пацієнтів похилого віку і 20 % – старечого віку, що (і це ще раз слід підкреслити) в рази менше порівняно з анкетною FRAIL. Зменшення маси тіла, як і при використанні анкети FRAIL, реєстрували в кожного п'ятого пацієнта незалежно від віку (у 22,5 % у групі похилого віку і у 20 % у групі старечого віку).

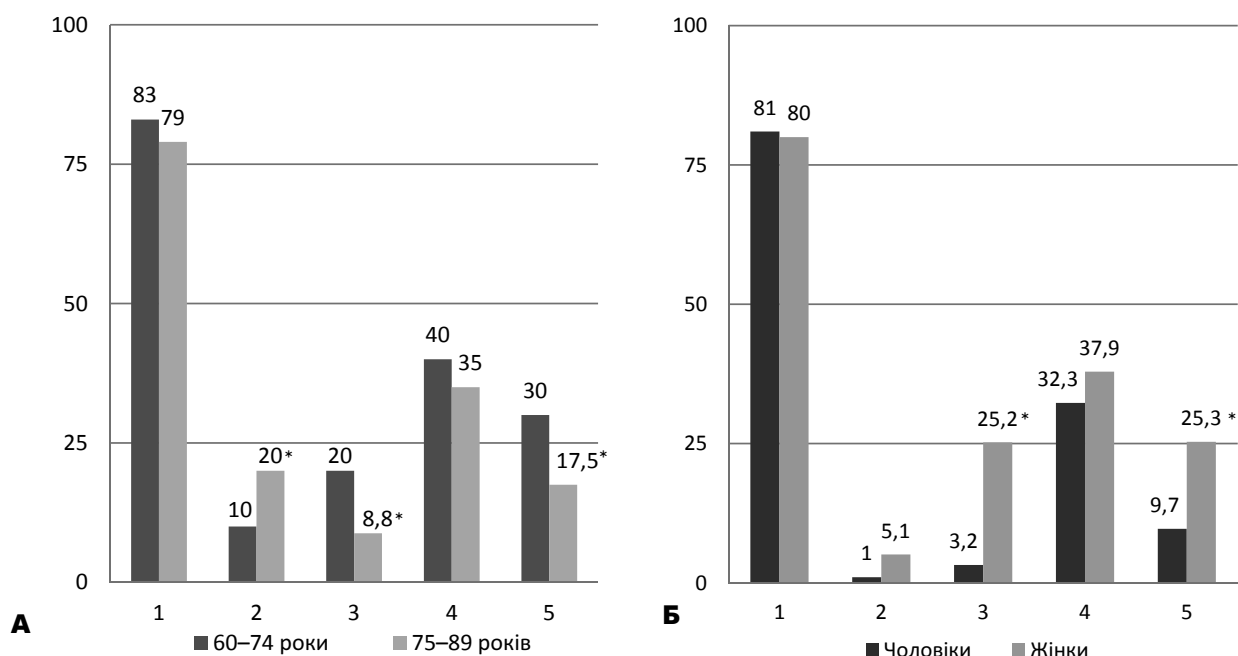


Рис. 1. Розподіл хворих у сукупній вибірці за наявності ознак геріатричного синдрому немічності за анкетною FRAIL залежно від віку (А) та статі (Б). 1, 2, 3, 4, 5 – номер запитання згідно з анкетною FRAIL. * – різниця між групами статистично значуща ($p < 0,05$).

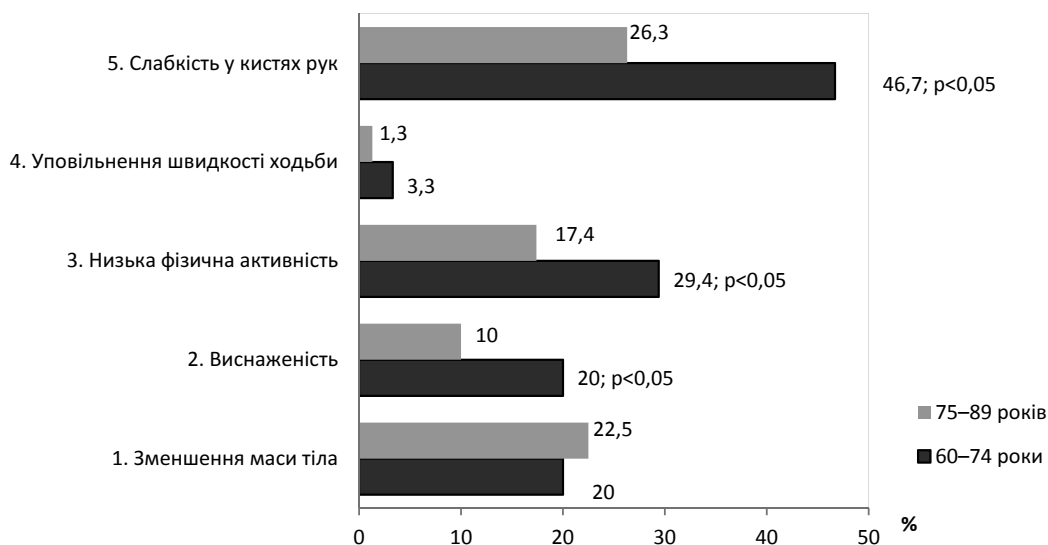


Рис. 2. Розподіл за критеріями фенотипу Frailty хворих похилого і старечого віку.

При стратифікації за ознакою статі найчастіше реєстрували слабкість у кистях рук – як у чоловіків, так і у жінок (рис. 3).

Частота реєстрації цього показника статистично значуще зростала з віком і становила 26,3 % в осіб віком 60–74 роки (25,9 % жінок і 26,8 % чоловіків) і 46,7 % в осіб віком більше 75 років (48 % жінок і 40 % чоловіків). В обох групах уповільнення швидкості ходьби відзначали вкрай рідко. Низьку фізичну активність реєстрували з однаковою частотою в чоловіків і жінок (кожна п'ята особа). Статистично значущі розбіжності встановлено відносно двох критеріїв – втомлюваності й втрати маси тіла, які відповідно у 18 і в 4 рази частіше спостерігалися в жінок.

Як метод об'єктивізації синдрому немічності може розглядатися оцінка з використанням Короткої батареї тестів фізичного статусу, результати якої статистично значуще відрізняються від

даних анкети FRAIL і модифікованого фенотипу Frailty (рис. 4).

Частота синдрому немічності в сукупній вибірці становила 11,1 %, пренемічності – 22,8 %. Збереження фізичної форми реєстрували в більшості (83,3 %) пацієнтів похилого віку і майже в половині (48 %) – старечого віку, що статистично значуще більше, ніж за анкетною FRAIL і фенотипом Frailty. Водночас отримана пряма, хоча і слабка, кореляційна залежність між результатами Короткої батареї тестів фізичного статусу та опитування як за анкетною FRAIL ($r=0,25$; $p=0,008$), так і фенотипом Frailty ($r=0,27$; $p=0,004$). Слід зауважити, що відмітною рисою Короткої батареї тестів фізичного статусу було те, що на тлі збереження вікової динаміки зростання частоти синдрому немічності не було статевих розбіжностей. Значною мірою це пояснюється корекцією на стать при оцінюванні результатів тесту [14].

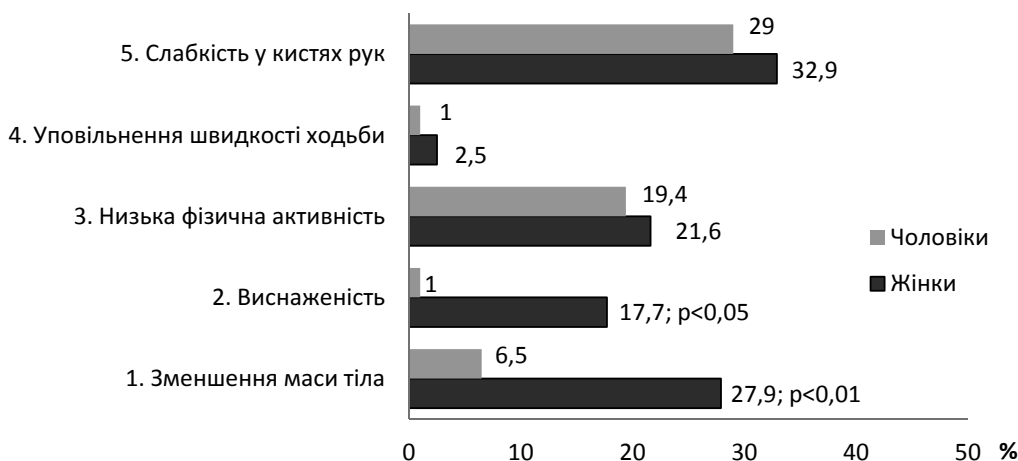


Рис. 3. Розподіл жінок та чоловіків згідно з критеріями фенотипу Frailty.

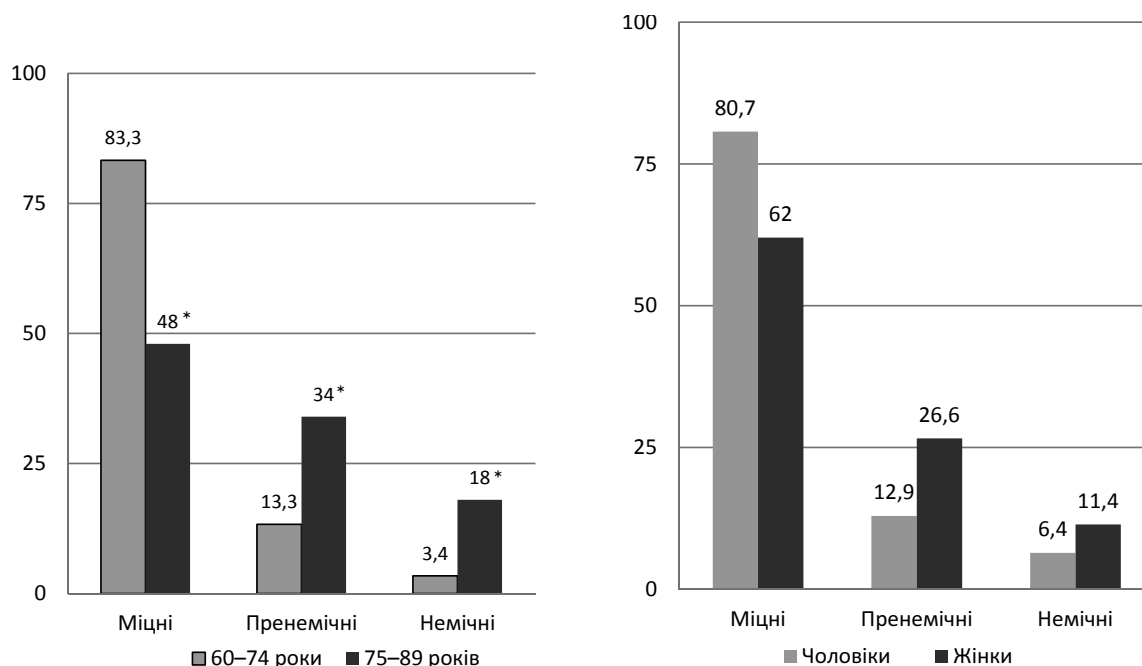


Рис. 4. Частота синдрому немічності у хворих на гіпертонічну хворобу за результатами Короткої батареї тестів фізичного статусу, стратифікована за віком (А) та статтю (Б). * – різниця показників статистично значуща порівняно з такими у хворих віком 60–74 роки ($p < 0,01$).

Одержані дані щодо частоти синдрому немічності за анкетною FRAIL, фенотипом Frailty і Короткою батареєю тестів фізичного статусу зіставні з результатами метааналізу за участю хворих з АГ, в якому його частота становила в середньому 14 % і варіювала в різних дослідженнях від 12 до 17 %: кількість людей із синдромом немічності зростала зі збільшенням віку і реєструвалася з більшою частотою в жінок [17].

Слід зауважити щодо невизначеностей, які склалися навколо ГС немічності (Frailty). На 2018 р. було описано близько 90 методів його визначення. Частина дослідників розглядають цей синдром як показник фізичного здоров'я й відокремлюють від «психоемоційного» і «соціального» Frailty, інші – описують як поєднання порушень фізичного, психоемоційного і соціального здоров'я. Неоднозначне бачення синдрому Frailty визначає і різні методологічні й методичні підходи до його виявлення [5, 18].

В Україні невизначеність щодо синдрому Frailty поширюється і на термінологію – окремі дослідники визначають його як «старечу астению», інші як ГС «крихкості», «дряхлості», «фрейлті» [2, 3].

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і проект дослідження, огляд літератури, написання тексту, редактування – Л.Є., Г.Х.; збір матеріалу – О.Г., М.А.; статистичне опрацювання матеріалу – Г.Х.

ВИСНОВКИ

1. Найпоширенішою формою порушення фізичного стану у хворих на неускладнену гіпертонічну хворобу в похилому і старечому віці є рання стадія немічності – пренемічність. Частота виявлення синдрому немічності залежить від методу виявлення і становить 17,2; 10,9 і 11,1 % при використанні анкети FRAIL, фенотипу Frailty і Короткої батареї тестів фізичного статусу відповідно.

2. Частота синдрому немічності зростає з віком. Він частіше реєструється в жінок порівняно з чоловіками при діагностуванні за анкетною FRAIL і фенотипом Frailty.

3. Кореляція між результатами Короткої батареї тестів фізичного статусу і виявлення синдрому немічності за анкетною FRAIL і фенотипом Frailty засвідчує високий потенціал Короткої батареї тестів фізичного статусу як об'єктивного скринінгового методу.

4. Відсутність золотого стандарту діагностики синдрому немічності гостро ставить питання про консенсус щодо вибору методів його визначення, насамперед скринінгу, в Україні.

Література

1. Артеріальна гіпертензія. Оновлена та адаптована клінічна настанова, заснована на доказах (2012 р.) Робоча група з артеріальної гіпертензії УАК // Артеріальна гіпертензія.– 2012.– Т 1, № 21.– С. 96–152.
2. Ена Л.М., Артеменко В.О., Христофорова А.М., Гаркавенко О.Г. Геріатрические синдромы // Проблемы старения и долголетия.– 2019.– Т. 28 (1).– С. 34–39.
3. Скибчик В.А., Бабляк С.Д. Синдром стареющей астении (Frailty) – сучасна проблема геронтологічної медицини // Журнал «Артеріальна гіпертензія».– 2018.– Т. 4 (60).– С. 12–18. doi: 10.22141/2224-1485.4.60.2018.141770.
4. Bergland A., Strand B.H. Norwegian reference values for the Short Physical Performance Battery (SPPB): the Tromsø Study // BMC Geriatr.– 2019.– Vol. 19 (1).– P. 216. doi: 10.1186/s12877-019-1234-8.
5. Bergman H., Ferrucci L., Guralnik J. et al. Frailty: an emerging research and clinical paradigm – issues and controversies // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.– 2007.– Vol. 62.– P. 731–737. doi: 10.1093/gerona/62.7.731.
6. Cosentino F., Grant P.J., Aboyans V. et al. ESC Scientific Document Group, 2019 ESC Guidelines on diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases developed in collaboration with the EASD: The Task Force for diabetes, pre-diabetes, and cardiovascular diseases of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Association for the Study of Diabetes (EASD) // Eur. Heart J.– 2020.– Vol. 41 (2).– P. 255–323. doi: 10.1093/eurheartj/ehz486.
7. Fried L.P., Tangen C.M., Walston J. et al. Frailty in older adults: evidence for a phenotype // J. Gerontol. A Biol. Sci. Med. Sci.– 2001.– Vol. 56.– P. 146–156. doi: 10.1093/gerona/56.3.m146.
8. Gleason L.J., Benton E.A., Alvarez-Nebreda M.L. FRAIL Questionnaire Screening Tool and Short-Term Outcomes in Geriatric Fracture Patients // J. Am. Med. Dir. Assoc.– 2017.– Vol. 18 (12).– P. 1082–1086. doi: 10.1016/j.jamda.2017.07.005.
9. Guralnik J.M., Ferrucci L., Simonsick E.M. et al. Lower-extremity function in persons over the age of 70 years as a predictor of subsequent disability // New Engl. J. Med.– 1995.– Vol. 332 (9).– P. 556–561. doi: 10.1056/NEJM199503023320902.
10. Kang M.G., Kim S.W., Yoon S.J. et al. Association between Frailty and hypertension prevalence, treatment, and control in the elderly Korean population // Sci Rep.– 2017.– Vol. 7.– P. 7542–7563.
11. Li J., Hu Y.X., Wang W. et al. Chinese Society of Geriatric Hypertension, Chinese Geriatrics Society. Chinese expert consensus on the management of hypertension in the very elderly // J. Geriatr. Cardiol.– 2016.– Vol. 13 (12).– P. 945–953. doi: 10.11909/j.issn.1671-5411.2016.12.011.
12. Muller M., Smulders Y.M., de Leeuw P.W. et al. Treatment of hypertension in the oldest old: a critical role for Frailty? // Hypertension.– 2014.– Vol. 63 (3).– P. 433–441. doi: 10.1161/HYPERTENSIONAHA.113.00911.
13. Pimenta E., Oparil S. Management of hypertension in the elderly // Nat. Rev. Cardiol.– 2012.– Vol. 9 (5).– P. 286–296. doi: 10.1038/nrcardio.2012.27.
14. Puthoff M.L. Outcome measures in cardiopulmonary physical therapy: short physical performance battery // Cardiopulm. Phys. Ther. J.– 2008.– Vol. 19 (1).– P. 17–22.
15. Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Ostapenko V.S. et al. Prevalence of geriatric syndromes among people aged 65 years and older at four community clinics in Moscow // Clin. Interv. Aging.– 2018.– Vol. 9 (13).– P. 251–259. doi: 10.2147/CIA.S153389.
16. Tomás J.M., Sentandreu-Mañó T., Fernández I. Frailty Status Typologies in Spanish Older Population: Associations with Successful Aging // Int. J. Environ. Res. Public. Health.– 2020.– Vol. 17 (18).– P. 6772. doi: 10.3390/ijerph17186772.
17. Vetrano D.L., Palmer K.M., Galluzzo L. et al. Hypertension and Frailty: a systematic review and meta-analysis // BMJ Open.– 2018.– Vol. 8 (12).– P. e024406. doi: 10.1136/bmjopen-2018-024406.
18. Wleklik M., Uchmanowicz I., Jankowska E.A. et al. Multidimensional Approach to Frailty // Front Psychol.– 2020.– Vol. 11.– P. 564. doi: 10.3389/fpsyg.2020.00564.

Частота геріатрического синдрома немощности у больных гипертонической болезнью в пожилом и старческом возрасте

Л.М. Ена, А.М. Христофорова, Н.Г. Ахаладзе, О.Г. Гаркавенко

ГУ «Институт геронтологии имени Д.Ф. Чеботарева НАМН Украины», Киев, Украина

Цель работы – определить частоту и тяжесть синдрома немощности у больных пожилого и старческого возраста с неосложненной гипертонической болезнью (ГБ) при помощи геріатрических инструментов.

Материалы и методы. У 120 больных в возрасте 60–89 лет с ГБ II стадии проведен опрос по анкете FRAIL и модифицированному фенотипу Frailty, физическое тестирование с использованием Короткой батареи тестов физического статуса.

Результаты и обсуждение. Частота выявления синдрома немощности у больных ГБ существенно зависела от примененного метода и составляла 17,2; 10,9 и 11,1 % при использовании анкеты FRAIL, фенотипа Frailty и Короткой батареи тестов физического статуса соответственно. Превалирующей формой нарушения физического состояния у больных с неосложненной ГБ в пожилом и старческом возрасте была пренемощность, регистрация которой, в зависимости от метода диагностики, варьировала от 20,2 до 68,2 %. Частота синдрома немощности увеличивалась с возрастом, данный синдром чаще регистрировали у женщин по сравнению с мужчинами при измерении по анкете FRAIL и фенотипу Frailty.

Выводы. У пациентов пожилого и старческого возраста с неосложненной ГБ регистрация геріатрического синдрома немощности зависит от используемых методов. Состояние пренемощности оказалось преобладающей формой физического расстройства.

Ключевые слова: гипертоническая болезнь, пожилой и старческий возраст, геріатрические синдромы, синдром немощности, анкета FRAIL, фенотип Frailty, физический статус.

Prevalence of Frailty syndrome in elderly hypertensive patients**L.M. Yena, G.M. Khrystoforova, M.G. Akhaladze, O.G. Garkavenko**

D.F. Chebotarev Institute of Gerontology of NAMS of Ukraine, Kyiv, Ukraine

The aim – to determine the frequency and severity of Frailty syndrome in elderly patients with essential hypertension on the basis of geriatric instruments.

Materials and methods. 120 elderly patients with uncomplicated essential hypertension were investigated by conducting a survey on the questionnaire FRAIL and modified phenotype Frailty, Short Physical Performance Battery.

Results and discussion. The frequency of Frailty syndrome in elderly hypertensive's significantly depend on the method used and was 17.2, 10.9 and 11.1 % while exploring the FRAIL questionnaire, the Frailty phenotype and the Short Physical Performance Battery, respectively. The predominant form of physical disorders was prefrail, its registration, depending on the method of diagnosis, varied from 20,2 % up to 68 %. The incidence of Frailty geriatric syndrome increased with age, it was more common in women than in men when measured by the FRAIL questionnaire and the Frailty phenotype.

Conclusions. In elderly patients with uncomplicated essential hypertension the registration of Frailty depends on the methods used. PreFrailty proved to be the predominant form of physical disorder.

Key words: essential hypertension, elderly, geriatric syndromes, Frailty, FRAIL Scale, Frailty phenotype, physical status.