

Для повышения работоспособности и утоления чувства голода, более половины студентов 63% внедряют в структуру питания перекус (до обеда), отдавая предпочтение сладостям/выпечке (42%), фруктам/овощам (10%), бутербродам/сэндвичам (10%). Реже всего студенты для перекуса используют кофе натуральный (3%), хлебцы/корнерсы (3%), сухофрукты (1%), кофе растворимый (3%), чай без сахара (2%), чай с сахаром (1%).

Студенты, выбрав в качестве продукта для перекуса сладости/выпечку, фрукты/овощи, бутерброды/сэндвичи, сухофрукты отмечали достаточное насыщение до времени обеда, в основном, до 13- 15 часов.

Таким образом, можно отметить, что, большинство студентов медицинского университета, несмотря на высокую умственную нагрузку, не соблюдают диету и рекомендации по макронутриентному составу продуктов, составляющие первый прием пищи, что в значительной степени влияет на работоспособность обучающихся, их успеваемость и качество знаний.

**Заключение.** Полученные в ходе исследования результаты свидетельствуют о нерациональном питании студентов СГМУ им. В. И. Разумовского. Таким образом, в связи с выявленными негативными тенденциями крайне важно в студенческой среде проводить разъяснительную работу по основным принципам рационального питания, так как оно в значительной мере предупреждает заболевания, способствует выздоровлению, повышению работоспособности и жизнерадостности человека [2].

Рекомендации по рационализации питания должны включать:

- 1) советы, связанные с оптимизацией рациона питания с точным указанием включения определенных продуктов с одной из главных целей – увеличение содержания питательных веществ;
- 2) необходимо разработать буклеты с советами по сбалансированному питанию, с обязательным распространением среди студентов СГМУ им. В. И. Разумовского;
- 3) важно привлекать к данной проблеме врачей-специалистов (врачи профилактического отделения, врачи терапевты – участковые, врачи общей практики, диетологи) и организовывать беседы, дискуссии с обязательной обратной связью.

#### Список литературы

1. Коньшев В. А. Все о правильном питании / В. А. Коньшев. – М. : Олма-пресс, 2014. – 303с
2. Мартышенко, Н. С. Исследование проблем организации питания студентов университета: социально-экономические аспекты / Н. С. Мартышенко // Сибирский медицинский журнал. – 2010. – № 6. – С. 16-19

## НЕРАЦИОНАЛЬНАЯ ФАРМАКОТЕРАПИЯ ПАЦИЕНТОВ 60 ЛЕТ И СТАРШЕ С КОМОРБИДНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ КАК ПРИЧИНА КОГНИТИВНЫХ И ПСИХОЭМОЦИОНАЛЬНЫХ НАРУШЕНИЙ

Мурадова А. С., Плеханова А. И., Муравицкая М. Н., Пащикова А. А.

Воронежский государственный медицинский университет имени Н. Н. Бурденко

Научный руководитель – к.м.н., доцент кафедры поликлинической терапии Муравицкая М.Н.

*Введение.* Ежегодно происходит нарастание числа лиц пожилого и старческого возраста, вместе с этим - рост распространенности когнитивных нарушений (КН). Цель. Оценить распространенность и характер КН с учетом фармакотерапии и приверженности лечению у лиц пожилого и старческого возраста с коморбидной патологией. Материалы и методы. Клиническое исследование было проведено на базе БУЗ ВО «ВГКП №4». Была сформирована группа больных – 116 человек 60 лет и старше с хроническими неинфекционными заболеваниями (ХНИЗ). Для диагностики старческой астении использован опросник «Возраст не помеха»; когнитивных и психоэмоциональных нарушений, - тесты рисования часов, Мини-Ког, MMSE, Гериатрическая шкала депрессии. Оценка фармакотерапии больных 60 лет и старше проводилась с использованием STOPP/START критериев. Результаты. Нерациональную фармакотерапию имели 101 (87,1%) пациентов с гипертонической болезнью, 87 (75%) человек, - с дислипидемиями, 99 (85,3%) пациентов со старческой астенией. Недементные когнитивные расстройства обнаружены у 83 (71,6%) больных с ХНИЗ по данным Мини-Ког и 36 (31%) по данным MMSE. Вероятная деменция верифицирована у каждого пятого (Мини-Ког) и каждого второго (MMSE) пациента. Вероятная депрессия выявлена у 77 (66,4%) гериатрических пациентов. Заключение. Данное исследование показало недооценку высокой распространенности когнитивных расстройств у лиц старше 60 лет, необходимость их своевременной диагностики, профилактики у лиц с ХНИЗ на амбулаторно-поликлиническом этапе.

Ключевые слова: фармакотерапия; когнитивные расстройства; психоэмоциональные нарушения

**Введение.** Учитывая нарастающее с каждым годом увеличение числа лиц пожилого и старческого возраста во всем мире, растет и распространенность когнитивных расстройств (КР). Во всем мире в 2015 г. деменция была диагностирована у 47 миллионов человек (5% пожилого населения планеты), и эта цифра может вырасти до 75 миллионов к 2030 г. и 132 миллионов к 2050 г. [1, 2].

В настоящее время отсутствуют достоверные данные о распространенности недементных когнитивных нарушений и деменции в России. По приблизительным оценкам в РФ насчитывается около 2-х миллионов пациентов с деменцией [1, 2]. Лица с деменцией недееспособны, нуждаются в опеке, постоянном уходе, лечении, не принимают участие в жизни близких и общества в целом.

В связи с отсутствием эффективного лечения когнитивных нарушений (КН) на стадии деменции, значительное внимание должно уделяться недементным когнитивным расстройствам, которые поддаются лечению без исхода в деменцию при условии своевременной диагностики и лечения.

**Цель работы.** Оценить распространенность и характер когнитивных расстройств с учетом фармакотерапии и приверженности лечению у лиц пожилого и старческого возраста с коморбидной патологией.

**Материалы и методы исследования.** Клиническое исследование было проведено на базе БУЗ ВО «ВГКП №4». Методом случайной выборки сформирована группа больных (n=116) с хроническими неинфекционными заболеваниями, обратившихся за медицинской помощью к участковому терапевту. Критерии включения в группу: мужчины и женщины пожилого (60-74 лет), старческого возраста (75-89 лет) и долгожители (90+), наличие любого хронического неинфекционного заболевания. У каждого пациента с коморбидной патологией (n=116) были проанализированы факторы риска когнитивных нарушений: немодифицируемые (пол, возраст, наследственность) и модифицируемые (курение, злоупотребление алкоголем, сердечно-сосудистые заболевания (гипертоническая болезнь, ИБС, ХСН), сахарный диабет, ожирение, дислипидемия, депрессия)). Каждому из больных ХНИЗ на амбулаторном приеме с целью скрининга синдрома старческой астении был использован валидированный опросник «Возраст не помеха», состоящий из 7 вопросов. За каждый положительный ответ начислялся 1 балл. У каждого гериатрического пациента определена структура коморбидности по сосуществованию у одного больного двух или более заболеваний, синдромов или психических расстройств, связанных между собой единым патогенетическим механизмом.

Оценка фармакотерапии больных 60 лет и старше проводилась с использованием STOPP/START критериев для предотвращения потенциально некорректного назначения лекарственных препаратов пожилым и старым пациентам.

С целью предварительной оценки комплаентности и скринингового выявления недостаточно комплаентных пациентов в рутинной амбулаторной практике была использована шкала Мориски-Грин, состоящая из 4 пунктов, касающихся отношения пациента к приему препаратов [3]. За каждый ответ "Да" - 0 баллов, "Нет" - в 1 балл.

Для оценки когнитивных нарушений (памяти, внимания и др.) у лиц 60 лет и старше были использованы: тест рисования часов, Мини-Ког, Монреальская шкала оценки когнитивных функций - МоСА-тест, краткая шкала оценки психического статуса – MMSE [4].

Тест рисования часов. Больного просили самостоятельно изобразить на бумаге круглые часы, поставить цифры в нужные позиции циферблата и нарисовать стрелки, показывающие заданное время. Оценка выполнения задания проводилась по 10-балльной формализованной шкале. Мини-Ког. Пациенту с ХНИЗ давали задание запомнить три слова, не взаимосвязанных между собой (яблоко, стол, монета); нарисовать круглые часы так, чтобы все цифры на циферблате расставлены правильно, стрелками отмечено время 11 часов 10 минут. После этого больного с ХНИЗ просили воспроизвести три слова, которые его просили запомнить. За каждое воспроизведенное слово ставился 1 балл; за правильно нарисованные цифры на

циферблате в правильной последовательности без дублирования с правильным указанием времени 11. 10 пациент получал 2 балла. Общий балл за тест – 5 баллов. Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) была предложена больным с ХНИЗ с целью выявления характера когнитивных нарушений: недементных когнитивных расстройств и деменции. Были оценены когнитивные функции в баллах (1 правильный ответ – 1 балл): ориентировка во времени, в месте, восприятие, концентрация внимания, память, речь. Определение ориентирования: пациента просили назвать год, время года, день, месяц, день недели. Спрашивали, - в какой стране, городе, районе города, каком учреждении, этаже находится больной, за каждый правильный ответ добавлялся балл. Определение восприятия: больного просили выслушать и повторить три слова, не связанных между собой (автобус-дверь-роза). Определение внимания и способности к счету: пациента просили устно из 100 отнять 7 5 раз подряд. Определение функций памяти: больного просили вспомнить три слова. Определение функций речи, чтения, письма: пациенту показывали два предмета (часы, карандаш, неврологический молоточек и т. п.). Просили повторить фразу: «никаких если, но, и, нет»; прочитать инструкцию (на листке пишут – закройте глаза). Если пациент читал и закрывал глаза, добавлялся один балл. Далее давали прочитать задание: взять лист бумаги правой рукой, сложить пополам двумя руками и положить на колени. Потом давали лист бумаги. Если все действия выполнены правильно – начисляли 3 балла (по 1 баллу за каждый шаг). После просили написать на листе бумаги законченное предложение. Рисование: просили срисовать два пересекающихся пятиугольника. Правильным считалось выполненное задание, если пересечение двух фигур образовывало четырехугольник, все углы пятиугольников сохранены. Гериатрическая шкала депрессии была использована у каждого из пациентов с целью ранней диагностики вероятной депрессии как фактора риска когнитивных нарушений у лиц 60 лет и старше. Предлагалось ответить на 15 вопросов по удовлетворенности жизнью больных. При общей сумме баллов 5 и более выявлена вероятная депрессия, 0-4 балла – нет депрессии. Был осуществлен ретроспективный анализ 116 амбулаторных карт пациентов 60 лет и старше с коморбидными заболеваниями.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с использованием пакета программ Statistica 6. 0.

**Результаты исследования.** У каждого больного с коморбидной патологией (n=116) были проанализированы факторы риска когнитивных нарушений с целью раннего выявления и профилактики.

В исследовании приняли участие 116 человек: 88 (75,9%) женщин и 28 (24,1%) мужчин в возрасте 60 – 94 лет. Пожилых больных было - 13 (11,2%), большинство составили пациенты старческого возраста – 91 (78,4%), долгожителей – 12 (10,3%).

Отягощенный наследственный анамнез по сердечно-сосудистым и эндокринным заболеваниям (острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК), инфаркт миокарда, сахарный диабет 2 типа) имели 78 (67,2%) человек.

Курящих пациентов было 2 (1,7%), некурящих, - большинство, -114 (98,3%).

Анализ индекса массы тела показал наличие у большинства коморбидных больных избыточной массы тела, - 61 (52,6%), ожирения, - 18 (15,5%). Пациентов с нормальной массой тела наблюдали - 37 (31,9%).

Дислипидемия Ia или Ib как фактор риска когнитивных нарушений была найдена у большинства, - 87 (75%) человек.

Нарушение толерантности к глюкозе выявлено у 8 (6,9%), сахарный диабет 2 типа, - у каждого пятого, - 23 (19,8%).

Нами проанализирована структура коморбидной патологии. Гипертоническая болезнь была представлена у 116 больных (100%). Пациентов с I стадией ГБ выявлено не было, II стадия наблюдалась у 24 (20,7%) больных, III стадия, - 92 (79,3%). Больных с неконтролируемой АГ было 101 (87,1%), контролируемой АГ, - 15 (12,9%).

У каждого пятого пациента 60 лет и старше, - 24 (20,7%) гипертоническая болезнь протекала с поражением органов-мишеней: сердца (гипертрофия миокарда левого желудочка

(ГЛЖ)), глаз (ангиоретинопатия), головного мозга (ЦВБ: ДЭП), сосудов (гемодинамически незначимый атеросклероз), почек (ХБП С3а, С3б).

В структуре коморбидной патологии I место принадлежало ИБС+ГБ, - 82 человека (70,7%). ИБС представлена разными формами: пациентов со стабильной стенокардией, - 74 (63,8%), ПИКС, - 2 (1,7%), фибрилляцией предсердий, - 8 (6,9%). Сахарный диабет 2 типа с поражением органов-мишеней (почек, сердца, нервов, сетчатки, сосудов) в сочетании с гипертонической болезнью был выявлен у 28 (24,1%) больных, - II место. III место в структуре коморбидности принадлежало ХСН, выявленной у 27 (23,3%) пациентов с ХНИЗ.

У лиц пожилого, старческого возраста, долгожителей была верифицирована старческая астения, если по опроснику «Возраст не помеха» было набрано 5 и более баллов, - 99 (85,3%); признаки преастении (3-4 балла – 17 (14,7%)). Больные со старческой астенией предъявляли неспецифичные жалобы на постоянную усталость, утомляемость, замедление походки, падения, снижение памяти, невнимательность, зачастую связывали их со старением организма или имеющимися ХНИЗ.

Всем пациентам с коморбидной патологией с целью предотвращения потенциально некорректного назначения лекарственных препаратов пожилым и старым пациентам была проанализирована фармакотерапия с учетом STOPP/START критериев (см. таблицу 1).

В зависимости от сочетания коморбидных заболеваний с учетом возрастных особенностей были рекомендованы рациональные комбинации препаратов, которые больные не получали по каким-либо причинам; потенциально опасные заменены на безопасные комбинации.

**Таблица 1. STOPP/START критерии для предотвращения потенциально некорректного назначения лекарственных препаратов пожилым и старым пациентам**

START критерии	Число больных
Начало антигипертензивной терапии при САД > 160 мм рт. ст. или ДАД > 90 мм рт. ст; пациентам с СД 2 типа при САД > 140 мм рт. ст. или ДАД > 90 мм рт. ст	71 (61,2%)
иАПФ пациентам с систолической ХСН и/или ИБС	82 (70,7%)
β-адреноблокаторы пациентам с ИБС, стабильной ХСН	82 (70,7%)
Неконтролируемая АГ (риск кровотечений)	101 (87,1%)
Не получают рациональную комбинацию плановых антигипертензивных препаратов:	
ГБ+ГЛЖ (не получают, рекомендованы ИАПФ/БРА+АК или Диуретик)	28 (24,1%)
ГБ+ХБП (не получают, рекомендованы ИАПФ/БРА+БКК или Диуретик)	21 (18,1%)
ГБ+ИБС (не получают, рекомендованы иАПФ или БРА+БАБ или БКК)	39 (33,6%)
ГБ+ИБС+ СД 2 типа+ХСН сФВ (не получают, рекомендованы иАПФ/АРНИ+БАБ АМКР+иНГЛТ2+Диуретик)	24 (20,7%)
ГБ+ИБС+СД 2 типа+ХСН нФВ (не получают, рекомендованы АРНИ+БАБ АМКР+иНГЛТ2+Диуретик)	3 (2,6%)
Статинотерапия (не получают, рекомендована) с документированной историей ИБС, ЦВБ, периферическим атеросклерозом	76 (65,5%)
Антиагрегантная терапия (не получают, рекомендована) у пациентов с документированной историей ИБС, ЦВБ, периферическим атеросклерозом	52 (44,8%)
Препараты антагонистов витамина К или прямой ингибитор фактора Ха при хронической ФП	8 (6,9%)
Витамин D в профилактической дозе 2000 МЕ лицам со старческой астенией, падениями в анамнезе (рекомендован, не получают)	94 (81,0%)
STOPP-критерии	
Верапамил пациентам с ХСН III, IV ФК	3 (2,6%)
Антигипертензивный препарат (АГП) центрального действия моксонидин при отсутствии непереносимости или неэффективности других АГП	4 (3,4%)
Комбинация ацетилсалициловой кислоты и клопидогрела в качестве вторичной профилактики ОНМК	2 (1,7%)
НПВС+агонисты витамина К или прямые ингибиторы тромбина или фактора Ха (риск желудочно-кишечных кровотечений)	16 (13,8%)
НПВС+антиагреганты без ингибиторов Н <sup>+</sup> К <sup>+</sup> -АТФазы	3 (2,6%)

С использованием шкалы комплаентности Мориски-Грин у больных с ХНИЗ было установлено, что не привержены лечению (набрали 2-4 балла), - 75 (66,4%). Не достаточно привержены лечению (1 балл), - 23 (20,3%). Привержены лечению (0 баллов) только 15 (13,3%) пациентов независимо от количества и характера коморбидностей.

Сравнительный анализ степени соблюдения врачебных рекомендаций пациентами с ХНИЗ показал отсутствие достоверных различий ( $p > 0,05$ ) в комплаентности независимо от

количества и сочетания разных заболеваний у одного больного. Наиболее приверженными лечению были пациенты с коморбидной патологией: ГБ+ИБС (стабильная стенокардия)+СД 2 типа+ХСН и ГБ+ИБС (стабильная стенокардия)+ОНМК+СД 2 типа ( $p>0,05$ ).

У каждого больного с коморбидной патологией ( $n=116$ ) были проанализированы когнитивные функции.

По данным теста рисования часов только 8 (6,9%) пациентов с коморбидной патологией справились с задачей, нарисовали круг, цифры указали в правильных местах, стрелки показали заданное время 11. 10 (10 баллов) или допустили небольшие неточности в расположении стрелок (9 баллов). Когнитивные нарушения обнаружены у большинства больных, - 108 (93,1%). Заметные ошибки в расположении стрелок (8 баллов) выявлены у 24 (20,7%) больных с ХНИЗ; стрелки показывали неправильное время (7 баллов), - у 59 (50,9%); неправильное расположение чисел на циферблате: они следуют в обратном порядке (против часовой стрелки) или расстояние между числами неодинаковое, - у 25 (21,6%) больных.

Тест Mini-Cog (Воспроизведение слов + Рисование часов) у пациентов с ХНИЗ только 8 (6,9%) запомнили 3 слова и правильно нарисовали часы, получив 5 баллов. У большинства больных, - 83 (71,6%), обнаружены когнитивные нарушения, - общая сумма баллов 3-4. Валидированный скрининговый критерий высоковероятной деменции (общая сумма баллов менее 3) был выявлен у 25 (21,6%) пациентов. Не запомнили ни одного слова 3 (2,6%) человека, не смогли правильно нарисовать часы 5 (4,3%) больных. К сожалению опросник Мини-Ког не дал возможности верифицировать легкие и умеренные нарушения когнитивных функций.

С целью уточнения степени выраженности когнитивных нарушений нами была использована краткая шкала оценки психического статуса MMSE. Ориентированы во времени и месте оказались большинство испытуемых, - 98 (84,5%) человек; дезориентированы (не назвали число, месяц, год, день недели, время года, страну, область, город, клинику, этаж) 8 (6,9%) пациентов с ХНИЗ. Частично дезориентированными были 10 (8,6%) больных. Восприятие и память (не смогли вспомнить и повторить три слова) 8 (6,9%) пациентов с ХНИЗ. Концентрация внимания была нарушена у большинства, - 74 (63,8%), только каждый третий (42 (36,2%) человека) смог справиться с серийным счетом или произнести слово «земля» наоборот. Анализ способности правильно назвать какой предмет показан (ручка) или повторить предложение: "Никаких если, и или но" показал, что с поставленной задачей справились 64 (55,2%) человека, каждый третий, - 36 (31%), не справился с задачей. Оценка оптико-пространственной деятельности продемонстрировала неспособность правильно скопировать рисунок у большинства, - 110 (94,8%) больных. Учитывая итоговый балл по шкале MMSE установлено, что только 16 (13,8%) пациентов не имели когнитивных нарушений (28-30 баллов). Когнитивный дефицит выявлен у большинства, - 100 (86,2%) больных. Представлен предметными когнитивными нарушениями у 36 (31%) пациентов с ХНИЗ; вероятной деменцией любой степени выраженности, - 64 (55,2%): легкой степени тяжести - 45 (38,8%), умеренной, - 17 (14,7%), тяжелой, - 2 (1,7%).

У каждого больного с ХНИЗ была использована гериатрическая шкала депрессии. Депрессия с высокой степенью вероятности как фактор когнитивного дефицита была диагностирована более чем у половины испытуемых, - 77 (66,4%) человек.

Пациенты с диагностированными когнитивными, психоэмоциональными нарушениями, старческой астенией в сочетании с ХНИЗ были направлены к неврологу, гериатру с целью проведения комплексной гериатрической оценки (КГО), диспансерного наблюдения, лечения, профилактики, реабилитации. Даны рекомендации по когнитивному тренингу каждому пациенту.

**Заключение.** 1. Когнитивные нарушения чаще выявляются у женщин пожилого возраста с ХНИЗ ( $p>0,05$ ): гипертонической болезнью, ИБС и вероятной депрессией. 2. В структуре коморбидной патологии преобладают ГБ+ИБС (у каждого третьего), ГБ+поражение органов-мишеней (у каждого пятого), ГБ+ИБС (стабильная стенокардия)+СД 2 типа+ХСН+остеоартроз (у каждого десятого). У большинства лиц 60 лет и старше выявлены

признаки старческой астении, - 100 (86,2%). 3. Нерациональная комбинация антигипертензивных с недостижением целевого АД, - у 98 (84,5%); целевые значения ЛПНП у больных ИБС, ЦВБ, периферическим атеросклерозом не достигнуты у 76 (65,5%); почти каждый второй не получает рациональную дезагрегантную терапию; профилактический прием витамина D у пациентов со старческой астенией не проводится у большинства. Только каждый восьмой больной с коморбидной патологией привержен лечению. 4. Недементные когнитивные расстройства обнаружены у 83 (71,6%) пациентов (Мини-Ког) и 36 (31%) больных с ХНИЗ (MMSE); вероятная деменция верифицирована по данным Мини-Ког и MMSE у каждого пятого и каждого второго пациента соответственно. 5. Вероятная депрессия у лиц пожилого и старческого возраста с ХНИЗ диагностирована у 77 (66,4%).

#### Список литературы

1. Когнитивные расстройства у лиц пожилого и старческого возраста. клинические рекомендации. - М. : 2020. - 317 с.
2. Фармакотерапия у лиц пожилого и старческого возраста: клинические рекомендации МР103. – Москва. – 2018. – 88 с.
3. Шкала Мориски-Грина: плюсы и минусы универсального теста, работа над ошибками / Ю. В. Лукина [и др. ] // Рациональная фармакотерапия в кардиологии. - 2016. - Т. 12, № 1. - С. 63 - 65.
4. Клинические тесты в гериатрии : клинические рекомендации / под ред. доктора медицинских наук, профессора О. Н. Ткачевой. – М. : Проме-тей, 2019. – 62 с.
5. Тест "Мини-Ког" и КШОПС в скрининге когнитивных расстройств у лиц пожилого и старческого возраста в практике врача первичного звена здравоохранения / Есина Е. Ю. [и др. ] // Профилактическая медицина. 2020. -Т. 23. - № 5. - С. 105-110.