

ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС, СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ, УКАЗЫВАЮЩИХ НА ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 60–64 ГОДА

DOI: 10.37586/2686-8636-3-2020-187-198

УДК: 616-03

Онучина Ю.С., Воробьёва Н.М., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В.,
Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А.

ФГАОУ ВО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава России, Российский геронтологический научно-клинический центр, Москва, Россия

Резюме

Цель исследования. Изучить гендерные различия и оценить их влияние на функциональный и когнитивный статус, состояние физического здоровья и распространённость изменений, указывающих на гериатрические синдромы, у лиц в возрасте 60–64 лет.

Материал и методы. Сравнили между собой показатели 250 мужчин и 118 женщин одной возрастной группы (60–64 года). Проанализировали социально-демографические факторы, функциональный и когнитивный статус, состояние здоровья, факторы риска хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) и наличие ХНИЗ; изучили распространённость изменений, указывающих на гериатрические синдромы.

Результаты. Между мужчинами и женщинами в возрасте 60–64 года были выявлены различия по целому ряду показателей. Женщины оказались более уязвимы в социальном плане: среди них было больше вдов, одиноких (не имеющих партнёра) и одиноко проживающих, они реже продолжали работать после достижения пенсионного возраста и чаще имели низкий доход. Во всей выборке обнаружена очень высокая распространённость факторов риска ХНИЗ и самих ХНИЗ, в т. ч. сердечно-сосудистых заболеваний. При этом количество ХНИЗ было выше у женщин; у них же оказался выше показатель полиморбидности; также они принимали большее количество лекарственных препаратов. Женщины ниже оценивали качество своей жизни, имели менее полноценное питание, у них чаще выявляли вероятную депрессию. Распространённость изменений, указывающих на гериатрические синдромы, оказалась выше у женщин; они же чаще использовали вспомогательные средства (очки, слуховой аппарат, трость и т. д.).

Заключение. В возрастной подгруппе 60–64 года изменения в состоянии здоровья, физическом и функциональном статусе, указывающие на гериатрические синдромы, более распространены у женщин, нежели у мужчин. Женщины более уязвимы в социальном плане; у них хуже состояние здоровья. Выявленные различия следует обязательно учитывать при планировании лечебно-профилактических и реабилитационных мероприятий у лиц данной возрастной категории.

Ключевые слова: гендерные различия; физическое здоровье; функциональный статус; когнитивный статус; гериатрические синдромы

Для цитирования: Онучина Ю.С., Воробьёва Н.М., Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В., Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А. ВЛИЯНИЕ ГЕНДЕРНЫХ РАЗЛИЧИЙ НА ФУНКЦИОНАЛЬНЫЙ И КОГНИТИВНЫЙ СТАТУС, СОСТОЯНИЕ ФИЗИЧЕСКОГО ЗДОРОВЬЯ И РАСПРОСТРАНЁННОСТЬ ИЗМЕНЕНИЙ, УКАЗЫВАЮЩИХ НА ГЕРИАТРИЧЕСКИЕ СИНДРОМЫ, У ЛИЦ В ВОЗРАСТЕ 60–64 ГОДА. *Российский журнал гериатрической медицины*. 2020; 3: 187–198.

DOI: 10.37586/2686-8636-3-2020-187-198

THE INFLUENCE OF GENDER DIFFERENCES ON FUNCTIONAL AND COGNITIVE STATUS, PHYSICAL HEALTH AND THE PREVALENCE OF CHANGES INDICATING GERIATRIC SYNDROMES IN PEOPLE AGED 60–64 YEARS OLD

Onuchina Yu.S., Vorobyeva N.M., Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Kotovskaya Yu.V., Sharashkina N.V., Tyukhmenev E.A.

Pirogov Russian National Research Medical University of Ministry of Health of the Russian Federation, Russian Gerontology Research and Clinical Centre, Moscow, Russia

Abstract

Aim. To investigate gender differences and evaluate their impact on functional and cognitive status, level of physical health and the prevalence of changes indicating geriatric syndromes in people aged 60–64 years old

Material and methods. 250 men and 118 women aged 60–64 were examined. Socio-demographic factors, functional and cognitive status, health status, risk factors for non-communicable diseases (NCDs), the presence of NCDs and the prevalence of changes indicating geriatric syndromes were assessed.

Results. Among women there were more widows, single (without a partner) and single living, they were less likely to continue to work after retirement and more often had a low financial status. The prevalence of risk factors for NCDs and NCDs was high in both groups. The women were characterized by higher quantity of NCDs and polymorbidity index; they also took more drugs. Quality of life, nutrition status were lower in the group of women than men. More often depression was in the group of women. The prevalence of changes indicating geriatric syndromes was higher in women; they often used auxiliary means (glasses, a hearing aid, a cane, etc.).

Conclusion. In the group of women aged 60–64 years old changes in health status, physical and functional status, indicating geriatric syndromes are more common. Women are more vulnerable socially; their health is worse. Identified differences between women and men aged 60–64 years old should be taken into account when planning treatment and rehabilitation measures in people of this age category for better results.

Keywords: gender differences; physical health; functional status; cognitive status; geriatric syndromes

For citation: Onuchina Yu.S., Vorobyeva N.M., Tkacheva O.N., Runikhina N.K., Kotovskaya Yu.V., Sharashkina N.V., Tyukhmenev E.A.. THE INFLUENCE OF GENDER DIFFERENCES ON FUNCTIONAL AND COGNITIVE STATUS, PHYSICAL HEALTH AND THE PREVALENCE OF CHANGES INDICATING GERIATRIC SYNDROMES IN PEOPLE AGED 60–64 YEARS OLD. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020; 3: 187–198.

DOI: 10.37586/2686-8636-3-2020-187-198

ВВЕДЕНИЕ

С начала XXI века всё чаще публикуются данные, убедительно демонстрирующие гендерные особенности в распространённости, течении и исходах различных заболеваний. Реалии современной медицины и ориентация на персонализированный подход к пациенту заставляют учитывать особенности мужского и женского организма, возникающие как при различных патологических процессах, так и при естественном процессе старения. Гендерные различия становятся крайне актуальной проблемой в медицине.

Слово «гендер» (от английского *gender* и латинского *genus*) в дословном переводе означает «род». Гендер подразумевает как социально-культурные, так и биологические различия между мужчинами и женщинами, которые характеризуются

маскулинностью (мужественностью) и фемининностью (женственностью). Если понятие «пол» определяет в большей степени репродуктивные функции человека, то понятие «гендер» позволяет анализировать социальные закономерности поведения мужчин и женщин, в том числе и по отношению к своему здоровью [1, 2, 3]. В различных эпидемиологических исследованиях было показано, что распространённость факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний имеет гендерные и возрастные особенности. Традиционно принято относить мужчин в группу повышенного риска сердечно-сосудистых заболеваний [4, 5, 6]. При этом роль женского пола как фактора кардиоваскулярного риска в настоящее время недооценена ввиду несколько большей продолжительности жизни, протективного влияния эстрогенов

в молодом и среднем возрасте, а также более позднего возраста дебюта таких заболеваний, как артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС). Тем не менее, согласно результатам недавнего отечественного исследования ЭССЕ, женское население, имеющее сочетание таких факторов риска, как ожирение, сахарный диабет и курение, представляет собой едва ли не более «проблемную» группу [7].

Процесс возрастной инволюции у мужчин, как и у женщин, сопровождается снижением уровня половых гормонов в крови. Половые гормоны участвуют в функционировании различных систем организма на геномном, субклеточном уровне и путем влияния на другие гуморальные механизмы, в том числе на активность ренин-ангиотензиновой и брадикининовой систем, симпатической нервной системы, активность жировой ткани и эндотелия [8].

Следует учитывать, что люди пожилого возраста представляют группу населения, подверженную развитию болезней, которые развиваются постепенно, с длительным бессимптомным периодом и, проявившись, принимают хронический характер. Таким образом, прослеживается взаимосвязь возраста, пола и гормонального статуса с развитием заболеваний, что определяет не только состояние физического здоровья, но и косвенно влияет на функциональный и когнитивный статус человека. Комплексная оценка влияния гендерных особенностей на различные аспекты функционирования человека и процессы старения является актуальной и малоизученной проблемой.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучить гендерные различия и оценить их влияние на функциональный и когнитивный статус, состояние физического здоровья и распространенность изменений, указывающих на гериатрические синдромы, у лиц в возрасте 60–64 года.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

В одномоментное исследование включили 250 мужчин и 118 женщин в возрасте 60–64 года. Средний возраст мужчин составил $61,96 \pm 1,48$ лет, женщин — $61,91 \pm 1,43$ лет ($p=0,754$).

Все обследуемые были опрошены по стандартному вопроснику, разработанному на основе адаптированных международных методик. Использовали модули, описывающие социально-демографические характеристики (пол, возраст, семейное положение, уровень образования, тип проживания, статус занятости, уровень дохода, наличие инвалидности), образ жизни (статус курения и употребления алкоголя, уровень физической активности), функциональный статус (проблемы со зрением и слухом, функция тазовых органов, использование вспомогательных средств, наличие хронического болевого синдрома, потребность

в приеме анальгетических препаратов, эпизоды падений за последний год).

О наличии хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ) судили на основании представленной пациентами медицинской документации и посредством опроса. В исследовании имеются сведения о следующих ХНИЗ: сердечно-сосудистые заболевания (ССЗ), заболевания органов дыхания, желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), почек и мочевыводящих путей, опорно-двигательного аппарата, нервной системы и предстательной железы у мужчин, эндокринные и гинекологические заболевания у женщин, варикозная болезнь нижних конечностей, злокачественные новообразования в настоящее время и в анамнезе. В структуре ССЗ выделяли следующие нозологии: ИБС и её клинические формы (стабильная стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе, реваскуляризация миокарда в анамнезе, фибрилляция предсердий), АГ, хроническая сердечная недостаточность (ХСН), сахарный диабет (СД), ишемический инсульт в анамнезе. Учитывали количество лекарственных препаратов для постоянного приема и рассчитывали показатель полиморбидности. Полиморбидность определяли как наличие 2 и более заболеваний, не связанных между собой общими патогенетическими механизмами.

Лабораторно-инструментальное обследование включало в себя антропометрию, динамометрию, измерение АД и частоты сердечных сокращений (ЧСС), проведение тестов для оценки мобильности («Встань и иди», способность удерживать равновесие) и УЗИ каротидных артерий, определение гематологических и биохимических лабораторных показателей. Все обследования выполнены по общепринятым методикам [9, 10, 11, 12, 13, 14].

В качестве ФР ХНИЗ рассматривали следующие показатели: курение, употребление алкоголя, низкую физическую активность, ожирение, абдоминальное ожирение, снижение СКФ, нарушение липидного и углеводного обмена, повышение уровня мочевой кислоты.

Абдоминальное ожирение диагностировали при окружности талии >94 см у мужчин и >80 см у женщин [15]. Индекс массы тела вычисляли по формуле: масса тела (кг)/рост (м)².

Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Disease Epidemiology Collaboration) [16]. В качестве ФР ХНИЗ рассматривали значения СКФ <60 мл/мин/1,73 м².

Изменениями, указывающими на гериатрические синдромы, считали частичную или полную зависимость от посторонней помощи, снижение силы сжатия кисти, высокий риск падений, недержание/подтекание мочи и кала, эпизоды падений за последний год [17]. Следует отметить, что способность выполнения основных функций, базовая и инструментальная повседневная активность

были сохранены у всех обследуемых, поэтому при изложении результатов эти исследования более не упоминаются.

О снижении *силы сжатия кисти* судили по результатам динамометрии. Пороговые значения силы кисти были нормированы к полу и ИМТ [17].

Высокий риск падений определяли в том случае, если время, затраченное на выполнение теста «Встань и иди», превышало 14 сек. как у мужчин, так и у женщин [10].

Для оценки *качества (полноценности) питания* использовали краткую шкалу оценки питания MNA (Mini-Nutritional Assessment) [18]. *Когнитивная функция* оценена при помощи Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [19]. Для выявления лиц с *вероятной депрессией* использовали гериатрическую шкалу депрессии GDS-15 (Geriatric Depression Scale) [20]. *Качество жизни* (КЖ) оценивали при помощи визуальной аналоговой шкалы (ВАШ) EQ-VAS по 100-балльной системе [21]. Для выявления изменений, указывающих на гериатрические синдромы, использовали скринговую шкалу «Возраст не помеха» [22].

Статистический анализ данных выполнен с использованием программы IBM® SPSS® Statistics version 23.0 (SPSS Inc., США). Вид распределения количественных переменных анализировали при помощи одновыборочного критерия Колмогорова-Смирнова. При параметрическом распределении данных результаты представляли как $M \pm SD$, где M — среднее, SD — стандартное отклонение; при непараметрическом — как Me (25%; 75%), где Me — медиана, 25% и 75% — 25-й и 75-й процентиля. Для межгрупповых сравнений использовали Т-критерий Стьюдента или U-тест Манна-Уитни (для количественных переменных) и χ^2 Пирсона или двусторонний точный тест Фишера (для качественных переменных). Статистически значимыми считали различия при двустороннем значении $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Среди женщин оказалось больше вдов, одиноких (не имеющих партнёра) и одиноко проживающих (таблица 1). Женщины реже продолжали работать и чаще имели низкий доход. Мужчины и женщины не различались по частоте наличия инвалидности. Количество мужчин и женщин со средним, средне-специальным и высшим образованием было практически одинаковым.

Не выявлено различий между мужчинами и женщинами по величине ИМТ, распространённости ожирения, абдоминального ожирения и избыточной массы тела, а также по степени выраженности ожирения (рис. 1).

Распространённость ФР ХНИЗ оказалась несколько выше у мужчин, но статистически значимых различий по количеству ФР между мужчинами и женщинами не было — 6 (4–6) у мужчин против

5 (4–7) у женщин ($p = 0,116$). Частота и структура ФР ХНИЗ у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года показаны на рисунке 1.

В сравнении с мужчинами у женщин оказалась значительно ниже распространённость курения ($p = 0,038$) и употребления алкоголя ($p < 0,001$), а также ниже частота повышения уровня ЛПНП $\geq 3,0$ ммоль/л ($p < 0,001$) и мочевой кислоты > 300 мкмоль/л ($p < 0,001$), но выше частота повышения уровня ОХС $\geq 5,0$ ммоль/л ($p = 0,007$) и низкой физической активности ($p < 0,001$). У женщин выявили более высокие показатели глюкозы и ЛПВП, но ниже уровень ЛПНП (таблица 2). Также у женщин больше частота повышения гликированного гемоглобина, ОХС и ЛПВП сверх референсных значений. Напротив, частота превышения верхней границы лабораторной нормы для креатинина и ЛПНП у женщин оказалась ниже, чем у мужчин. При этом распространённость дислипидемии как ФР ХНИЗ была практически одинаковой — 94% у мужчин и 92,4% у женщин ($p = 0,555$).

Хронические неинфекционные заболевания имели место у 235 (94%) мужчин и 113 (95,8%) женщин ($p = 0,486$). У женщин оказалась выше распространённость заболеваний ЖКТ и опорно-двигательного аппарата, эндокринных и нервных болезней, заболеваний ЛОР-органов, варикозной болезни нижних конечностей и злокачественных новообразований в анамнезе (таблица 3).

Распространённость ССЗ у мужчин и женщин была практически одинаковой — 78,8% и 74,6% соответственно ($p = 0,366$), однако у женщин чаще имела место стабильная стенокардия и ХСН, а у мужчин — реваскуляризация миокарда в анамнезе. У мужчин оказалась выше частота впервые выявленной АГ (таблица 4).

Количество ХНИЗ у женщин было больше, чем у мужчин — 3 (2–4) против 2 (1–3) у мужчин ($p < 0,001$) (рис. 2). У женщин также оказался выше показатель полиморбидности — 86,4% против 69,6% ($p < 0,001$).

Количество ЛС для постоянного приёма у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года показано на рисунке 3. Женщины принимали большее количество ЛС — 2 (0–3) против 1 (0–2) у мужчин ($p < 0,001$), при этом 2 и более ЛС одновременно принимали 56,8% женщин и 39,2% мужчин ($p < 0,001$).

У женщин оказались ниже цифры САД и ДАД и значения ЧСС (таблица 5), поскольку при практически одинаковой частоте ССЗ женщины принимали большее количество ЛС. Помимо этого, у мужчин была выше частота впервые выявленной АГ, о наличии которой они не знали и, соответственно, не получали гипотензивные препараты, поэтому имели более высокие цифры АД.

Между мужчинами и женщинами были выявлены различия по содержанию в крови некоторых гематологических показателей. Так, у женщин оказались выше количество тромбоцитов [264 (239–302)

против 247 (218–282) у мужчин; $p=0,001$] и значения СОЭ [20 (16–25) против 12 (10–16) у мужчин; $p<0,001$], при этом доля лиц с повышением СОЭ также была выше среди женщин — 7,6% против 2,8% ($p=0,034$). У женщин была выше частота лейкопении (4,2% против 0,4% у мужчин; $p=0,014$) и повышения гематокрита (10,2% против 3,6% у мужчин; $p=0,011$). Напротив, частота снижения гематокрита оказалась выше у мужчин — 16,8% против 5,1% ($p=0,002$).

Частота атеросклеротического поражения каротидных артерий у мужчин и женщин была схожа — 78% и 72% соответственно ($p=0,210$), однако у мужчин оказались выше значения ТИМ справа и слева, степень (%) стеноза ОСА и ВСА слева и диаметр ПА справа, а также доля обследуемых с увеличением ($>0,9$ мм) ТИМ (таблица 6).

По сравнению с мужчинами при проведении анкетирования женщины ниже оценивали качество своей жизни, имели менее полноценное питание, набирали меньшую сумму баллов по шкале оценки когнитивных функций и депрессии (таблица 7). У женщин значительно чаще выявляли вероятную депрессию (20,3% против 8%; $p=0,004$). Частота выявления когнитивных нарушений также оказалась несколько выше у женщин (45,8% против 36,8%; $p=0,101$), но различия не были статистически значимыми.

Женщины несколько чаще использовали вспомогательные средства — 94,1% против 88,4% ($p=0,088$). Виды и частота использования вспомогательных средств у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года показаны на рисунке 4. Количество вспомогательных средств также оказалось выше у женщин — 2 (1–2) против 1 (1–2) у мужчин ($p<0,001$), при этом 2 и более вспомогательных средства одновременно использовали 51,7% женщин и 30,4% мужчин ($p<0,001$).

Женщины гораздо чаще мужчин использовали ортопедическую обувь ($p<0,001$), ортопедические стельки ($p<0,001$) и абсорбирующее бельё ($p<0,001$), при этом женщины не пользовались слуховым аппаратом, мужчины — абсорбирующим бельём.

Женщины намного чаще испытывали хроническую боль (74,6% против 30%; $p<0,001$) и принимали анальгетики (46,6% против 12%; $p<0,001$), вероятно, из-за более высокой распространённости заболеваний опорно-двигательного аппарата и нервной системы.

Распространённость изменений, указывающих на гериатрические синдромы, была выше у женщин (таблица 8). Доля женщин со снижением силы сжатия кистей и высоким риском падений оказалась выше, чем мужчин. Женщины чаще страдали недержанием/подтеканием мочи и чаще падали за последний год. Среди мужчин не было случаев недержания кала.

Женщины чаще мужчин утвердительно отвечали на все вопросы анкеты «Возраст не помеха»

(таблица 9). Сумма баллов, набранных по этой анкете, также была выше у женщин — 2 (1–3) против 0 (0–1) у мужчин ($p<0,001$). Доля лиц с суммой баллов ≥ 3 также была выше среди женщин — 38,1% против 6,4% среди мужчин ($p<0,001$).

ОБСУЖДЕНИЕ РЕЗУЛЬТАТОВ

Паспортный возраст пациента не всегда в полной мере отражает функциональное состояние организма, поэтому в современной медицине, ориентированной на персонализированную помощь, требуется принципиально новый подход с учетом гендерных различий. Так, в нашем исследовании выявлены гендерные особенности физического здоровья и функционального статуса пациентов в возрасте 60–64 года, свидетельствующие о «раимости» и «уязвимости» женщин.

Если пренебречь социально-психологическими факторами полоролевого поведения человека, то, как подчеркивает социолог И.С. Кон, «традиционно мужские свойства и образцы поведения невольно принимаются и выдаются за универсальные, что мешает пониманию специфических проблем женской половины человечества» [23]. Например, существует мнение, что у женщин всех возрастов заболеваемость ниже, чем у мужчин, и женщины более устойчивы к воздействию повреждающих здоровье факторов [4, 30]. Но в нашем исследовании частота встречаемости лишь некоторых ФР ХНИЗ — курения и употребления алкоголя — была выше у мужчин, а по общему количеству ФР ХНИЗ существенных различий между мужчинами и женщинами выявлено не было. К тому же у женщин оказалась выше распространённость целого ряда ХНИЗ (заболевания ЖКТ, опорно-двигательного аппарата, эндокринные болезни и др.); они же принимали большее количество ЛС. Возможно, женщины всё же более обеспокоены своим здоровьем и, как известно, чаще обращаются за медицинской помощью, что и приводит к выявлению ХНИЗ и назначению соответствующего лечения.

Процесс возрастной инволюции как у мужчин, так и у женщин сопровождается снижением в крови уровня половых гормонов. В период менопаузы риск сердечно-сосудистых осложнений у женщин стремительно возрастает, что послужило основанием для заключения, что менопауза сама по себе является фактором риска ССЗ [24, 25, 26, 27]. Известно, что у женщин до наступления менопаузы реализуется антиатеросклеротическое действие эстрогенов. Так, эстрогены увеличивают сердечный выброс, снижают периферическое сосудистое сопротивление, повышают фибринолитический потенциал крови и восстанавливают сосудистую реактивность [4, 24, 28]. У мужчин в большинстве научных работ демонстрируется положительная корреляционная связь между уровнем тестостерона и ХС ЛПВП и отрицательная — между содержанием в сыворотке ОХС, ХС ЛПНП и тестостерона

[4, 25]. Несмотря на то, что у обследованных нами мужчин в возрасте 60–64 года значительно выше частота повышения уровня ЛПНП $\geq 3,0$ ммоль/л, чем у женщин того же возраста, в целом распространенность дислипидемии как ФР ХНИЗ была практически одинаковой. Таким образом, после наступления менопаузы женщины «догоняют» мужчин по частоте встречаемости дислипидемии.

Во всем мире женщины в целом чаще мужчин страдают ожирением, поэтому у них выше риск развития СД и некоторых видов рака [6, 28, 29, 31]. В нашем исследовании по распространенности ожирения мужчины и женщины в возрасте 60–64 года не различались между собой. По данным литературы, максимальная частота избыточной массы тела (ИМТ 25–30 кг/м²) у мужчин отмечается в возрасте 25–35 лет, а после 40-летнего возраста существенного прироста частоты избыточной массы тела и ожирения не наблюдается. У женщин же, напротив, имеет место линейный рост частоты ожирения и избыточной массы тела вплоть до 60-летнего возраста [31, 32]. Возможно, этими особенностями увеличения веса в различные возрастные периоды у представителей обоих полов объясняется отсутствие разницы распространенности ожирения у лиц в возрасте 60–64 года.

По данным российского исследования NATION, распространенность СД 2 типа у лиц в возрасте 60–79 лет значимо выше у женщин, чем у мужчин (14,1% и 9,9% соответственно, $p < 0,001$) [33]. В нашей работе средние показатели гликемии были выше у женщин, чем у мужчин; уровень гликированного гемоглобина $\geq 6,0\%$ также чаще встречался у женщин. Следовательно, полученные нами результаты у пациентов в возрасте 60–64 года совпадают с данными NATION.

У женщин оказались ниже цифры САД и ДАД и значения ЧСС, чем у мужчин того же возраста. Кроме того, у мужчин была выше частота впервые выявленной АГ. При практически одинаковой частоте ССЗ женщины всё же принимали большее количество ЛС. Австрийский социолог Р. Коннел выдвинул гипотезу, что гендерное неравенство в прогрессировании заболеваний и продолжительности жизни может быть связано с феноменом «гегемонной маскулинности», определяющей стереотип поведения мужчин, который часто выражается в халатном отношении к своему здоровью и, в частности, к здоровому образу жизни [37, 38]. По нашему мнению, женщины, возможно, раньше мужчин обращают внимание на повышение АД, поэтому раньше и эффективнее начинают лечить гипертензию [6].

По частоте атеросклеротического поражения каротидных артерий мужчины и женщины не различались между собой. Однако у мужчин выявлены более выраженные изменения в структуре сосудистой стенки: выше значения ТИМ справа и слева, больше доля обследуемых с увеличением ТИМ

$> 0,9$ мм. Эти данные подтверждают тот факт, что атеросклероз развивается раньше у мужчин, и к возрасту старше 60 лет мужчины уже имеют выраженное атеросклеротическое поражение сосудов. Установлено, что концентрация свободного тестостерона находится в обратном соотношении с увеличением толщины «интима-медиа» сонной артерии [4, 34]. В работе G.B. Phillips и соавт. продемонстрирована корреляционная связь между уровнем свободного тестостерона и степенью окклюзии коронарных артерий [35, 36]. Эти данные объясняют увеличение значений ТИМ в нашем исследовании у мужчин в возрасте 60–64 года с предполагаемым возрастным андроген-дефицитом.

При проведении анкетирования женщины ниже оценивали качество своей жизни, набирали меньшую сумму баллов по шкале оценки когнитивных функций, у них чаще выявляли вероятную депрессию. Более низкая самооценка у женщин может быть связана с более одиноким образом жизни, кроме того, женщины реже трудоустроены и востребованы, чем мужчины того же возраста, соответственно, чаще имеют более низкий доход и более низкий социальный статус. Всё это приводит к более частому депрессивному состоянию женщин старше 60 лет. Несмотря на то, что депрессивные расстройства ассоциируются с социально-экономическими (низкий доход) и поведенческими факторами, женщины имели меньшую приверженность к курению и алкоголю, чем мужчины; чаще использовали вспомогательные средства для обеспечения нормальной жизнедеятельности, и, следовательно, не пытались изменить положение вещей с помощью вредных привычек.

В нашем исследовании распространенность изменений, указывающих на гериатрические синдромы, была выше у женщин. Снижение силы скелетной мускулатуры является наиболее явным проявлением старения. Исследование Jette A.M. и Branch L., проведенное в США, выявило, что 40% женщин в возрасте 55–64 лет не в состоянии поднять на вытянутой руке вес в 4,5 кг [39]. Среди обследованных нами мужчин и женщин частота снижения силы сжатия кисти выше у женщин. Возможно, что снижение силы скелетной мускулатуры и распространенность изменений, указывающих на гериатрические синдромы, обусловлена более быстрым старением женского организма в условиях снижения социального статуса.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Очевидно, что гендерные роли мужчины и женщины по отношению к собственному здоровью различны. Как показывает настоящее исследование, они оказывают несомненное влияние как на состояние физического здоровья у лиц в возрасте 60–64 года, так и на их функциональный статус и выраженность гериатрических синдромов. При относительно сопоставимой распространенности

ФР ХНИЗ и самих ХНИЗ женщины характеризуются более высокой частотой изменений, указывающих на гериатрические синдромы, и факторов, предрасполагающих к снижению функционального статуса при отсутствии профилактических мероприятий. Стимулирующим фактором для более здорового образа жизни, профилактики ХНИЗ и ССЗ для обоих полов и, возможно, более позднего развития гериатрических синдромов могла бы стать как более длительная реализация

в профессиональной деятельности, так и большая удовлетворённость в социальной сфере (например, при реализации интересов и досуга в различных клубах по интересам для пациентов пожилого возраста, приближенных к месту жительства).

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ

Все авторы заявляют об отсутствии потенциального конфликта интересов, требующего раскрытия в данной статье.

Таблица 1

Социальные факторы у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

Показатель, n (%)	Мужчины n=250	Женщины n=118	p
Вдовы	10 (4%)	35 (29,7%)	<0,001
Одинокие (не имеющие партнёра)	27 (10,8%)	73 (61,9%)	<0,001
Одинокое проживание	23 (9,2%)	35 (29,7%)	<0,001
Работающие	206 (82,4%)	55 (46,6%)	<0,001
Низкий доход	24 (9,6%)	22 (18,6%)	0,014

Таблица 2

Сравнительная характеристика некоторых биохимических показателей у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

Показатель	Мужчины n=250	Женщины n=118	p
Глюкоза, ммоль/л	5,27 (4,51–5,84)	5,49 (5,06–6,10)	0,002
ЛПВП, ммоль/л	1,40 (1,20–1,61)	1,51 (1,33–1,72)	<0,001
ЛПНП, ммоль/л	4,03 (3,22–4,68)	3,52 (2,72–4,25)	<0,001
Повышение креатинина*, n (%)	22 (8,8%)	1 (0,8%)	0,003
НbA1c ≥6,0%, n (%)	17 (6,8%)	17 (14,4%)	0,019
ОХС >5,7 ммоль/л, n (%)	137 (54,8%)	84 (71,2%)	0,003
ЛПВП >1,54 ммоль/л, n (%)	79 (31,6%)	54 (45,8%)	0,008
ЛПНП >3,2 ммоль/л, n (%)	188 (75,6%)	72 (61%)	0,005

* >124 мкмоль/л у мужчин и >115 мкмоль/л у женщин

Таблица 3

Сравнительная оценка некоторых ХНИЗ у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

Показатель, n (%)	Мужчины n=250	Женщины n=118	p
Заболевания желудочно-кишечного тракта	80 (32%)	52 (44,1%)	0,024
Заболевания опорно-двигательного аппарата	96 (38,4%)	74 (62,7%)	<0,001
Эндокринные заболевания	31 (12,4%)	37 (31,4%)	<0,001
Заболевания нервной системы	14 (5,6%)	17 (14,4%)	0,005
Заболевания ЛОР-органов	1 (0,4%)	5 (4,2%)	0,014
Варикозная болезнь нижних конечностей	29 (11,6%)	37 (31,4%)	<0,001
Злокачественные новообразования в анамнезе	8 (3,2%)	12 (10,2%)	0,006

Таблица 4

Частота сердечно-сосудистой патологии среди мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

Показатель, n (%)	Мужчины n=250	Женщины n=118	Р
Впервые выявленная АГ	27 (10,8%)	2 (1,7%)	0,002
Стабильная стенокардия	13 (5,2%)	13 (11%)	0,042
Реваскуляризация* миокарда в анамнезе	14 (5,6%)	1 (0,8%)	0,044
Хроническая сердечная недостаточность	9 (3,6%)	10 (8,5%)	0,049

* чрескожные коронарные вмешательства, коронарное шунтирование

Таблица 5

Сравнительная оценка показателей гемодинамики среди мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

Показатель	Мужчины n=250	Женщины n=118	Р
Систолическое АД, мм рт. ст.	147 (132–162)	127 (118–142)	<0,001
Диастолическое АД, мм рт. ст.	90 (83–102)	82 (76–94)	<0,001
ЧСС, уд/мин	72 (66–84)	70 (62–76)	0,023

Таблица 6

Параметры УЗИ каротидных артерий у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

Показатель	Мужчины n=250	Женщины n=118	Р
ТИМ справа, мм	0,92 (0,80–1,05)	0,82 (0,75–0,90)	<0,001
ТИМ слева, мм	0,92 (0,84–1,05)	0,84 (0,75–0,94)	<0,001
Увеличение ТИМ справа, n (%)	126 (50,4%)	28 (23,7%)	<0,001
Увеличение ТИМ слева, n (%)	128 (51,2%)	30 (25,4%)	<0,001
Увеличение ТИМ с обеих, n (%)	117 (46,8%)	25 (21,2%)	<0,001
Степень стеноза ОСА слева, %	30 (25–35)	30 (25–30)	0,038
Степень стеноза ВСА слева, %	37,5 (40–45)	30 (25–36,25)	0,031
Диаметр ПА справа, мм	3,5 (3,3–3,6)	3,4 (3,3–3,5)	0,043

Таблица 7

Результаты анкетирования мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

Показатель	Мужчины n=250	Женщины n=118	Р
КЖ по ВАШ, %	71,9 ± 13,1	66,9 ± 16,4	0,004
Шкала оценки депрессии GDS-15, баллы	1 (0–2)	2 (1–4)	<0,001
Шкала оценки питания MNA, баллы	28 (26,5–29)	26 (24–27,5)	<0,001
Шкала оценки когнитивных функций MoCA, баллы	26,0 ± 2,5	25,6 ± 2,4	0,036

Таблица 8

Распространённость изменений, указывающих на гериатрические синдромы, у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

Показатель	Мужчины n=250	Женщины n=118	p
Снижение силы сжатия правой кисти	5 (2%)	8 (6,8%)	0,031
Снижение силы сжатия левой кисти	9 (3,6%)	14 (11,9%)	0,002
Снижение силы сжатия обеих кистей	3 (1,2%)	8 (6,8%)	0,006
Падения за последний год	11 (4,4%)	17 (14,4%)	0,001
Высокий риск падений	1 (0,4%)	4 (3,4%)	0,038
Недержание/подтекание мочи	16 (6,4%)	71 (60,2%)	<0,001
Недержание кала	0	1 (0,8%)	0,321

Таблица 9

Оценка частоты утвердительных ответов на вопросы анкеты «Возраст не помеха» у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

Вопрос анкеты	Мужчины n=250	Женщины n=118	p
Вес	30 (12%)	22 (18,6%)	0,088
Зрение и Слух	55 (22%)	61 (51,7%)	<0,001
Травмы	14 (5,6%)	17 (14,4%)	0,005
Настроение	33 (13,2%)	46 (39%)	<0,001
Память	36 (14,4%)	56 (47,5%)	<0,001
Недержание мочи	7 (2,8%)	26 (22%)	<0,001
Ходьба	14 (5,6%)	15 (12,7%)	0,018

Рисунки

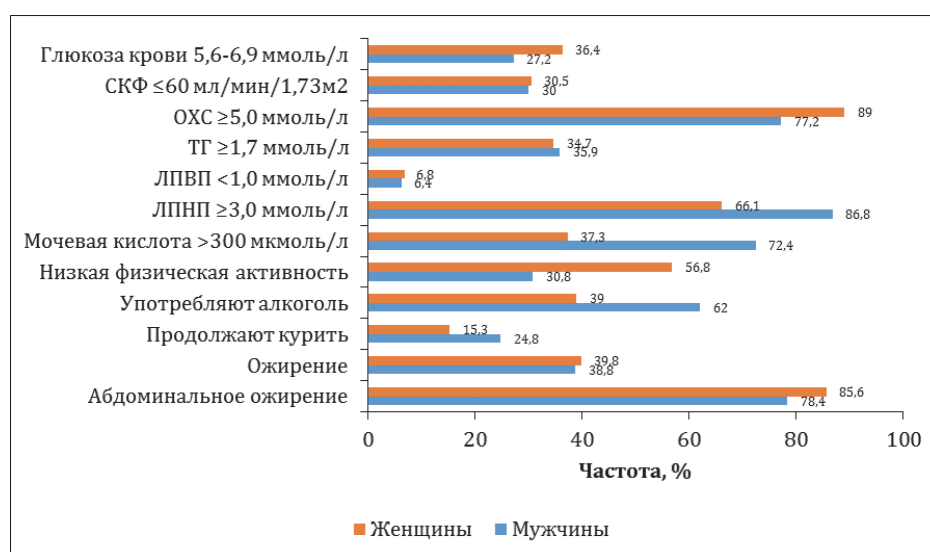


Рис. 1.
Частота и структура ФР ХНИЗ у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

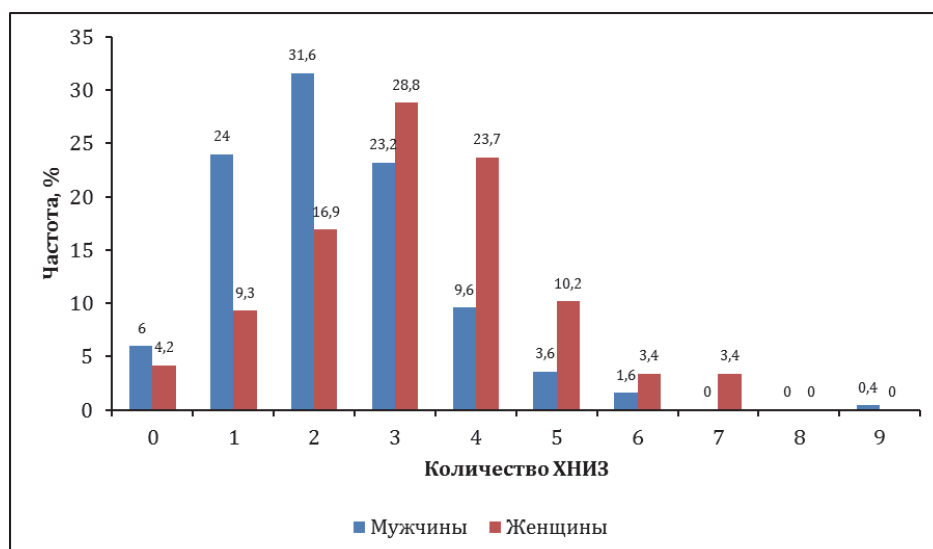


Рис. 2.
Количество ХНИЗ у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

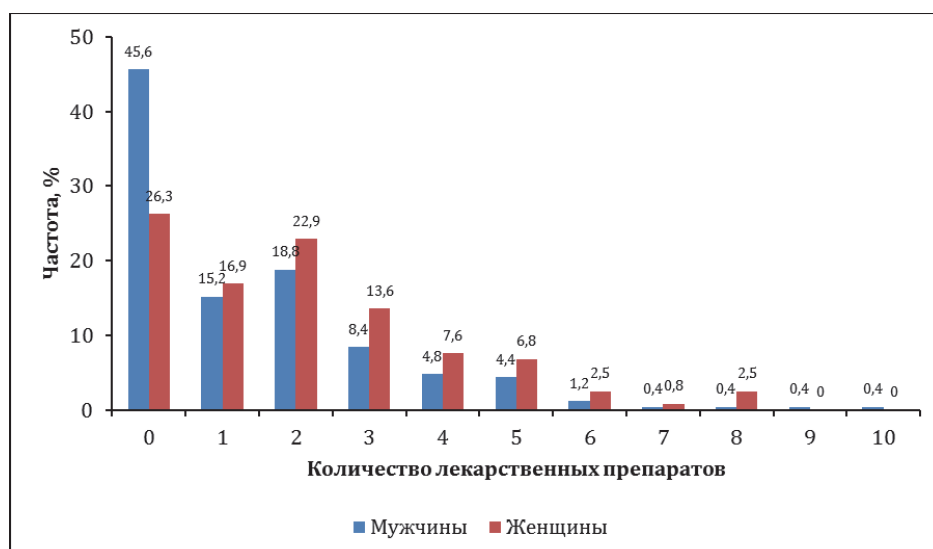


Рис. 3.
Количество ЛС для постоянного приёма у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

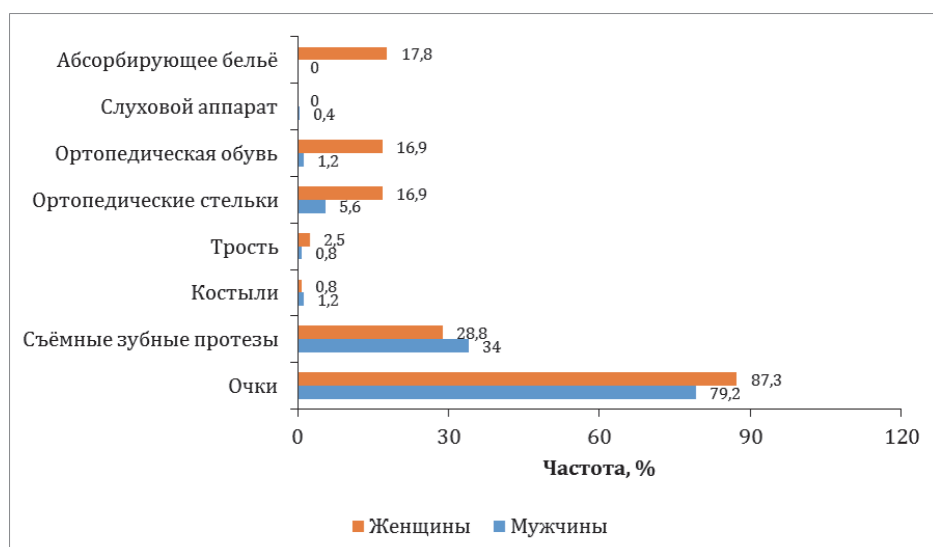


Рис. 4.
Виды и частота использования вспомогательных средств у мужчин и женщин в возрасте 60–64 года

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Рогачева Т.В. Влияние гендерных особенностей на здоровье. Сибирский медицинский журнал. 2012; 44: 23–30.
2. Андреев Е.М., Школьников В.М. Продолжительность здоровой жизни. Вопросы статистики. 2002; 11: 16–21.
3. Maccoby E., Jacklin C. The psychology of sex differences. Stanford, CA: Stanford University Press, 1974.
4. Шарвадзе Г.Г., Поддубская Е.А., Мамедов М.Н. Междисциплинарный подход к диагностике и лечению возрастного гипогонадизма, ассоциированного с сердечно-сосудистыми заболеваниями. Архив внутренней медицины. 2014; 1(15): 2–7.
5. Мамедов М.Н., Чепурина Н.А. Суммарный сердечно-сосудистый риск: от теории к практике. Под ред. Р. Г. Оганова. — М, 2007.
6. Оганов Р.Г., Масленникова Г.Я. Гендерные различия кардиоваскулярной патологии Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2012; 11(4): 101–104.
7. Чазова И.Е., Жернакова Ю.В., Ощепкова Е.В., Шальнова С.А., Яровая Е.Б., Конради А.О., Бойцов С.А. от имени участников исследования. Распространенность факторов риска сердечно-сосудистых заболеваний в российской популяции больных артериальной гипертензией (исследование ЭССЕ РФ-2012). Кардиология. 2014; 10: 4–12.
8. Подзолков В.И., Брагина А.Е., Родионова Ю.Н., Панферова Е.К. Гендерные особенности ренин-ангиотензин-альдостероновой системы у пациентов с артериальной гипертензией. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2010; 6(3): 306–10.
9. Рекомендации по лечению артериальной гипертензии. ESH/ESC 2013. Российский кардиологический журнал. 2014; 105 (Т.1): 7–94.
10. Podsiadlo D., Richardson S. The timed 'Up & Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons. J Am Geriatr Soc. 1991; 39 (№ 2): 142–148.
11. Karpman C. et al. Measuring gait speed in the out-patient clinic: methodology and feasibility. Respir Care. 2014; 59 (№ 4): 531–537.
12. Шашкин К.А., Шапиро Д.М., Валеев Н.М. Оценка двигательных возможностей инвалидов пожилого возраста, страдающих остеохондрозом позвоночника. Теория и практика физической культуры. 2002; 7: 20–21.
13. Mahoney F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index. Maryland State Medical J. 1965; 14: 61–65.
14. Lawton M.P. Scales to measure competence in everyday activities. Psychopharmacology bulletin. 1988; 24 (№ 4): 609–614.
15. Рекомендации по ведению больных с метаболическим синдромом. Под редакцией Чазовой И.Е., Недогода С.П. и соавт. Клинические рекомендации. М., 2013. <https://cardioweb.ru/klinicheskie-rekomendatsii>
16. Levey A.S., Stevens L.A., Schmid C.H. et al. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate. Ann Intern Med. 2009; 150 (№ 9): 604–612.
17. Ткачёва О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В. и др. Диагностика, профилактика и лечение старческой астении и других гериатрических синдромов. Методическое пособие. М.; 2017; 138 с.
18. Guigoz Y., Vellas B., Garry P.J. Mini Nutritional Assessment: a practical assessment tool for grading the nutritional state of elderly patients. Facts Res Gerontol. 1994; 2: 15–59.
19. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bédirian V. et al. Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment. J Am Geriatr Soc. 2005; 53: 695–699.
20. Sheikh J.I., Yesavage J.A. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version. Clinical Gerontologist. 1986; 5: 165–173.
21. van Reenen M., Janssen B. EQ-5D-5L User Guide — Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.1. 2015 (October).
22. Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Ткачёва О.Н., Шарашкина Н.В. Инструменты скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практик. Успехи геронтологии. 2016; 2 (Т.29): 306–312.
23. Кон И.С. Мужчина в меняющемся мире. М.: Издательство Время; 2009.
24. Gohlke-Barwolf C. Coronary artery disease — is menopause a risk factor? Basic Res Cardiol. 2000; 95 Suppl. 1: 77–83.
25. Шарвадзе Г.Г., Курбатов Д.Г., Поддубская Е.А., Мамедов М.Н. Андроген-дефицитное состояние и сердечно-сосудистые заболевания: актуальные вопросы коморбидности в клинической практике. Рациональная Фармакотерапия в Кардиологии. 2010; 6(4).
26. Goodman-Gruen D., Barrett-Connor E. Sex differences in the association of endogenous sex hormone levels and glucose tolerance status in older men and women. Diabetes Care. 2000; 23 (7): 912–918. <https://doi.org/10.2337/diacare.23.7.912>
27. Akahoshi M., Soda M., Nakashima E., et al. Effects of age at menopause on serum cholesterol, body mass index, and blood pressure. Atherosclerosis. 2004; 156: 157–63.
28. Mendelsohn M.E., Karas R.H. The protective effects of estrogen on the cardiovascular system. N Engl J Med. 1999; 340: 1801–11.
29. Kim E.S., Menon V. Status of women in cardiovascular clinical trials. Arteriosclerosis, Thrombosis, and Vascular Biology. 2009; 29: 279–283.
30. Brundtland G.H. Mental health in the 21st century. Bulletin of the World Health Organization. 2000; 78 (4): 411.
31. Мартинчик А.Н., Батулин А.К., Кешабянц Э.Э., Пескова Е.В. Гендерные и возрастные особенности и тенденции распространения ожирения среди взрослого населения

России в 1994–2012 гг. Вопросы питания. 2015; 3 (84): 50–57.

32. Svartberg J., Mühlen D., Sundsfjord J., Jorde R. Waist Circumference and Testosterone Levels in Community Dwelling Men. The Tromsø Study. *European Journal of Epidemiology*. 2004; 19 (Issue 7): 657–663.

33. Дедов И.И., Шестакова М.В., Галстян Г.Г. Распространённость сахарного диабета 2 типа у взрослого населения России (Исследование NATION). *Сахарный диабет*, 2016; 19(2): 104–112.

34. Muller M., van den Beld A.W., Bots M.L. et al. Endogenous sex hormones and progression of carotid atherosclerosis in elderly men. *Circulation*. 2004; 109 (№ 17): 2074–2079.

35. Phillips G.B., Pinkernell B.H., Jing T.Y. The association of hypotestosteronemia with coronary artery disease in men. *Arteriosclerosis Thromb*. 1994; 14 (№ 5): 701–706.

36. Svartberg J., Jenssen T., Sundsfjord J. et al. Association of endogenous testosterone with blood pressure and left ventricular mass in men. The Tromsø Study. *Eur. J. Endocrinol*. 2004; 150 (№ 1): 65–71.

37. Хрестоматия феминистских текстов. Переводы. Под ред. Здравомысловой Е., Темкиной А. СПб: издательство Д. Буланин; 2001: 251–279 [Коннелл Р. Современные подходы].

38. Орлов А.В., Ротарь О.П., Бояринова М.А., Алиева А.С., Дудорова Е.А., Колесова Е.П., Могучая Е.В., Паскарь Н.А., Солнцев В.Н., Баранова Е.А., Конради А.О. Гендерные особенности распространенности поведенческих факторов риска у жителей Санкт-Петербурга. *Вестник РАМН*. 2015; 70 (5): 585–591. DOI: 10.15690/vramn.v70.i5.1446.

39. Jette A.M., Branch L.G. The Framingham Disability Study: II. Physical disability among the aging. *Am J Public Health*. 1981; 71(14): 1211–1216.