ВЛИЯНИЕ ГЕРИАТРИЧЕСНОГО СТАТУСА НА ТРУДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 55-64 ЛЕТ

DOI: 10.37586/2686-8636-4-2020-305-312

УДК: 616-06

Лузина А.В., Воробьева Н.М., Шарашкина Н.В., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Ткачева О.Н.

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

Резюме

Цель исследования: изучение ассоциаций между статусом занятости, функциональным и когнитивным статусом, состоянием физического здоровья и наличием гериатрических синдромов у женщин в возрасте 55–64 лет.

Материалы и методы. В одномоментное исследование было включено 250 женщин в возрасте 55-64 лет.

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. В исследование включили 250 женщин в возрасте 55–64 лет (средний возраст 59,3 ± 2,9 года). Факторы риска ХНИЗ были выявлены у всех обследуемых. Наиболее распространёнными ФР ХНИЗ оказались абдоминальное ожирение и нарушения липидного обмена (повышение содержания в крови ОХС и ЛПНП). Частота дислипидемии как ФР ХНИЗ составила 94%. В структуре ХНИЗ преобладали ССЗ, болезни опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), варикозная болезнь нижних конечностей и эндокринная патология. У женщин в возрасте 55–64 лет увеличение возраста повышает вероятность того, что женщина не будет работать, в 2,5 раза, использование ≥2 вспомогательных средств — в 2 раза, наличие недержания/подтекания мочи — в 2,3 раза, вероятная депрессия — в 2,7 раза. Заключение: гериатрические синдромы в значительной степени связаны со снижением функциональной активности у женщин в возрасте 55–64 лет; эта ассоциация связана с социально-демографическими, экономическими факторами и состоянием здоровья (наличием ФР ХНИЗ и самих ХНИЗ).

Ключевые слова: физическое здоровье; функциональный статус; когнитивный статус; гериатрические синдромы; трудовая деятельность женщин

Для цитирования: Лузина А.В., Воробьева Н.М., Шарашкина Н.В., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Ткачева О.Н. ВЛИЯНИЕ ГЕРИАТРИЧЕСКОГО СТАТУСА НА ТРУДОВУЮ ДЕЯТЕЛЬНОСТЬ У ЖЕНЩИН В ВОЗРАСТЕ 55–64 ЛЕТ. Российский журнал гериатрической медицины. 2020; 4: 305–312. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2020-305-312

THE INFLUENCE OF GERIATRIC STATUS ON LABOR ACTIVITY IN WOMEN AGED 55-64 YEARS OLD

Luzina A.V., Vorobyeva N.M., Sharashkina N.V., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K., Tkacheva O.N.

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 estimate the associations between employment status, functional and cognitive status, physical health, and geriatric syndromes in women aged 55–64.

Materials and methods. A cross-sectional study included 250 women aged 55 to 64 years. Socio-demographic factors, functional and cognitive status, health status, risk factors for chronic non-communicable diseases (NCD), and presence of NCD were analyzed. The prevalence of changes indicative of geriatric syndromes was estimated.

Results. The study included 250 women aged 55-64 years (mean age 59.3 ± 2.9 years). Risk factors (RF) for NCD were identified in all subjects. Abdominal obesity and lipid metabolism disorders (increased blood cholesterol levels and LDL cholesterol levels) were the most common RFs for NCD. The incidence of dyslipidemia as RF NCD was 94%. CVD, diseases of the musculoskeletal system, gastrointestinal tract (GIT), varicose veins of the lower extremities, and endocrine pathology prevailed in NCD. In women aged 55-64 years, aging increases the likelihood that a woman will not work by 2.5 times, using \geq two assistive devices — 2 times, the presence of urinary incontinence/leakage — 2.3 times, probable depression — 2.7 times.

Conclusion: geriatric syndromes are primarily associated with a decrease in functional activity in women aged 55-64 years; this association is associated with socio-demographic, economic factors, and health status (the presence of FRs for NCD and NCD themselves).

Keywords: physical health; functional status; cognitive status; geriatric syndromes; labor activity of women

For citation: Luzina A.V., Vorobyeva N.M., Sharashkina N.V., Kotovskaya Yu.V., Runikhina N.K., Tkacheva O.N. THE INFLUENCE OF GERIATRIC STATUS ON LABOR ACTIVITY IN WOMEN AGED 55–64 YEARS OLD. *Russian Journal of Geriatric Medicine*. 2020; 4: 305–312. DOI: 10.37586/2686-8636-4-2020-305-312

Постарение населения является глобальным демографическим феноменом. Ожидаемая продолжительность жизни при рождении в России в 2015 г. достигла своего исторического максимума и составила 71,39 года (женщины — 76,71 года) [1]. В связи с этими данными возрастает интерес к этой группе населения.

Как правило, с возрастом растет число хронических неинфекционных заболеваний (ХНИЗ). Однако качество жизни и прогноз для жизни и здоровья определяется не только хроническими заболеваниями, но и развитием гериатрических синдромов. Существуют значимые гендерные различия процессов старения. Продолжительность жизни женщин в среднем на 10 лет дольше, чем у мужчин [2]. Однако у женщин чаще, чем у мужчин, формируются гериатрические синдромы.

К наиболее часто встречающимся гериатрическим синдромам относят: синдром старческой астении, падения, снижение мобильности, саркопению, нарушение сна, дисфагию, недержание мочи, депрессию, делирий. Формирование гериатрических синдромов приводит к снижению функциональной активности, адаптационных механизмов и снижению качества жизни.

Формирование гериатрических синдромов идет при взаимодействии между возраст-ассоциированными изменениями в организме, хроническими заболеваниями и действием внешних факторов [3, 4].

Диагностика гериатрических синдромов проводится в рамках комплексной гериатрической

оценки (КГО). Это многомерный междисциплинарный диагностический процесс, включающий оценку медицинских, психологических, социальных проблем и функциональных способностей, с целью разработки комплексного плана лечения, долговременного наблюдения и поддержки пожилого человека [5]. Использование комплекса мер, разработанного на основе гериатрической оценки пациентов, может предотвратить снижение функциональных возможностей, развитие зависимости от посторонней помощи и уменьшить риск смерти [6–8].

В возрасте 55-64 лет отмечается существенный рост заболеваемости у женщин.

Первоочередная задача — выявление ХНИЗ и факторов риска, приводящих к их развитию. Нельзя игнорировать вероятность функциональных и когнитивных нарушений на фоне процессов старения, что может повлиять на трудовую деятельность.

В связи с этим представляется актуальным изучить взаимосвязь между статусом занятости, функциональным и когнитивным статусом, состоянием физического здоровья и наличием гериатрических синдромов у женщин в возрасте 55–64 лет.

Вывод: гериатрические синдромы в значительной степени связаны со снижением функциональной активности у женщин в возрасте 55–64 лет; эта ассоциация связана с социально-демографическими, экономическими факторами и состоянием здоровья (наличием ФР ХНИЗ и самих ХНИЗ), но не с возрастом.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В одномоментное исследование было включено 250 женщин в возрасте 55-64 лет.

Все участники исследования были опрошены по стандартному вопроснику, разработанному на основе адаптированных международных

В настоящей работе 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 приёме анальгетических препаратов, эпизоды падений за последний год).

О наличии у обследуемых ХНИЗ судили на основании представленной ими медицинской документации (амбулаторные карты, выписные эпикризы, протоколы лабораторно-инструментального обследования) и посредством опроса. В структуре сердечно-сосудистых заболеваний (ССЗ) выделяли следующие нозологии: ишемическая болезнь сердца (ИБС) и её клинические формы (стабильная стенокардия, инфаркт миокарда (ИМ) в анамнезе, реваскуляризация миокарда в анамнезе, фибрилляция предсердий), артериальная гипертония (АГ), хроническая сердечная недостаточность (ХСН), сахарный диабет (СД), ишемический инсульт в анамнезе. Также учитывали количество лекарственных препаратов для постоянного приёма и рассчитывали показатель мультиморбидности. Мультиморбидность определяли как наличие 2 и более заболеваний, не связанных между собой общими патогенетическими механизмами.

Используя опросники, были проанализированы следующие поведенческие факторы: способность выполнения основных функций; базовая и инструментальная активность в повседневной жизни; депрессия; когнитивная функция; питание; качество жизни (КЖ). Также был выполнен скрининг по шкале «Возраст не помеха» для выявления изменений, указывающих на гериатрические синдромы.

Антропометрическое обследование проводили по стандартным методикам. Рост измеряли при помощи ростомера с точностью до 0,5 см, без обуви, в положении стоя, так, чтобы пятки, плечи и затылок касались ростомера. Вес измеряли на электронных весах с точностью 0,1 кг, без обуви и верхней одежды на теле выше пояса. На основании значений роста и веса рассчитывали индекс массы тела (ИМТ). Окружность талии определяли с помощью сантиметровой ленты на уровне пупка с точностью до 0,5 см, без одежды, в положении стоя и с опущенными вдоль туловища руками. Полученные данные использовали для диагностики абдоминального

ожирения. Окружность плеча и голени измеряли с помощью сантиметровой ленты на середине плеча и голени с точностью до 0,5 см, без одежды, в положении сидя. Полученные значения учитывали при оценке питания по шкале MNA.

Динамометрию (измерение силы сжатия кисти) производили ручным динамометром с точностью до 0,5 кг, в положении стоя с рукой, согнутой под углом 90 градусов к телу. Выполняли 2 попытки, сначала левой рукой, затем правой. Для анализа использовали лучший результат из двух попыток. Аналогичным образом силу кисти оценивали в исследованиях ELSA [9] и датских исследованиях близнецов MADT и LSADT [10].

Ультразвуковое исследование каротидных артерий проведено всем участникам исследования на ультразвуковой системе экспертного класса Vivid Е9 по стандартной методике. Все исследования были проведены одним оператором в В-режиме линейным датчиком ультравысокого разрешения 17,5 МГц. Каротидные артерии были исследованы на протяжении всей общей сонной артерии (ОСА), бифуркации ОСА и внутренней сонной артерии (ВСА) с обеих сторон.

Атеросклеротическую бляшку определяли как фокальное утолщение стенки сосуда более чем на 50% по сравнению с окружающими участками или как фокальное утолщение комплекса интима-медиа, более чем на 1,5 мм выступающее в просвет сосуда. Наличие атеросклеротических бляшек оценивали на 6 участках каротидного бассейна: на протяжении обеих ОСА, обеих бифуркаций и обеих ВСА.

Измерение усреднённой толщины интима-медиа (ТИМ) в автоматическом режиме проводили с обеих сторон в продольном сечении в дистальной трети ОСА на расстоянии 1 см проксимальнее бифуркации. Измеряли ТИМ задней стенки как расстояние между просветом сосуда и адвентицией. Значения ТИМ справа и слева рассчитывали как максимальное значение из 9 средних значений, полученных при трёх последовательных измерениях прямым доступом, трёх измерениях латеральным доступом и трёх измерениях задним доступом. Среднее значение ТИМ рассчитывали как полусумму ТИМ справа и слева. Нормальными считали значения ТИМ <0,9 мм [11].

Скорость клубочковой фильтрации рассчитывали по формуле CKD-EPI (Chronic Kidney Desease Epidemiology Collaboration) [12]. В качестве ФР ХНИЗ рассматривали значения СКФ < 60 мл/ $мин/1,73 м^2$.

Высокий риск падений определяли в том случае, если время, затраченное на выполнение теста «Встань и иди», превышало 14 с как у мужчин, так

Когнитивную функцию оценивали при помощи Монреальской шкалы оценки когнитивных функций (Montreal Cognitive Assessment, MoCA) [13]. Данный опросник содержит ряд тестов для оценки

памяти, внимания, концентрации, абстрактного мышления, оптико-пространственной деятельности, ориентировки во времени и пространстве. За выполнение каждого задания начисляют определённое количество баллов, которые потом суммируют. Максимально возможное количество баллов — 30, норма — 26 и более. При сумме баллов ≤ 25 диагностируют когнитивные нарушения.

Для выявления лиц с вероятной депрессией использовали гериатрическую шкалу депрессии GDS-15 (Geriatric Depression Scale) [14]. Этот опросник содержит 15 вопросов. 1 балл начисляют за ответ «нет» на вопросы 1, 5, 7, 11, 13 и за ответ «да» на вопросы 2, 3, 4, 6, 8, 9, 10, 12, 14, 15. Максимально возможная сумма баллов — 15, минимально возможная — 0 баллов. Результаты интерпретируют следующим образом: 0–4 балла — нет депрессии; 5–7 — лёгкая депрессия; 8–11 — умеренная депрессия; 12–15 — тяжёлая депрессия.

Качество жизни оценивали при помощи визуальной аналоговой шкалы (BAIII) EQ-VAS [15]. Участники оценивали своё состояние здоровья в баллах от 0 до 100 по специальной шкале, где 0 означает самое плохое, а 100 — самое хорошее состояние здоровья. Обследуемый должен был сделать отметку на том уровне шкалы, который отражает его КЖ на момент заполнения анкеты.

Для выявления изменений, указывающих на гериатрические синдромы, использовали скрининговую шкалу «Возраст не помеха» [16], которая содержит 7 вопросов, касающихся непреднамеренной потери веса, снижения зрения и слуха, настроения, травм, связанных с падениями, нарушений памяти, недержания мочи и ограничений подвижности. Каждый утвердительный ответ оценивается в 1 балл, отрицательный — в 0 баллов. Максимально возможная сумма баллов — 7, минимально возможная — 0. Результаты интерпретируют следующим образом: 0 баллов — норма; 1-2 балла — вероятно наличие изменений, указывающих на гериатрические синдромы; ≥3 баллов — высоко вероятно наличие изменений, указывающих на гериатрические синдромы.

Статистическая обработка данных выполнена 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 ± SD, где M – среднее, SD – стандартное отклонение; при непараметрическом — как Ме (25%; 75%), где Ме – медиана, 25% и 75% — 25-й и 75-й процентили. 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). Взаимосвязи между количественными переменными анализировали при помощи корреляционного анализа по Спирмену. Используя бинарную логистическую регрессию, разработали модели для оценки вероятности изменений, потенциально отражающих развитие гериатрических синдромов, у мужчин и женщин в указанной выборке, а также для определения факторов, влияющих на принятие мужчинами в возрасте 60-64 года и женщинами в возрасте 55-64 года решения о прекращении работы. Статистически значимыми считали различия при двустороннем значении ρ<0,05.

Результаты

В исследование включили 250 женщин в возрасте 55-64 лет (средний возраст $59,3\pm2,9$ года).

Социальные и антропометрические факторы у женщин в возрасте 55–64 лет представлены в таблице 1. Только половина женщин состояла в браке, каждая четвёртая была вдовой, каждая пятая — разведена. При этом три четверти женщин проживали в семье. Половина женщин имели высшее образование. Немногим более половины женщин продолжали работать.

Факторы риска ХНИЗ были выявлены у всех обследуемых. Частота и структура ФР представлены на рисунке 1. Наиболее распространёнными ФР ХНИЗ оказались абдоминальное ожирение и нарушения липидного обмена (повышение

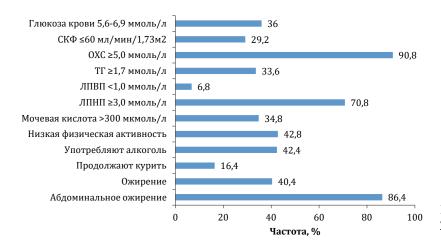


Рис. 1. Частота и структура ФР ХНИЗ у женщин в возрасте 55–64 лет

Таблица 1. Социальные и антропометрические факторы у женщин в возрасте 55-64 лет

N % Показатель Семейное положение: 125 50,0 замужем не замужем 13 5,2 58 23,2 вдова 54 21,6 разведена Тип проживания: 60 24.0 одинокое 190 76,0 в семье Образование: среднее 21 8,4 101 40.4 средне-специальное 51.2 высшее 128 Занятость: 144 57,6 работающая 106 42,4 неработающая Доход: 19,2 низкий 48 80,4 201 средний 0,4 высокий 1 25 10,0 Наличие инвалидности Группа инвалидности: 0 0 2 7/2528,0 3 18/25 72,0 Индекс массы тела, кг/м² 28,8 (25,4-32,3) 97 38,8 Избыточная масса тела 101 40,4 Ожирение Степень ожирения: 59/101 58,4 2 30/101 29,7 11,9 3 12/101 $96,2 \pm 14,4$ Окружность талии, см 216 86,4 Абдоминальное ожирение

содержания в крови ОХС и ЛПНП). Частота дислипидемии как ФР ХНИЗ составила 94%.

Количество ФР у одного человека варьировало от 1 до 10 (медиана 5; интерквартильный размах

Хронические неинфекционные заболевания были выявлены у 241 (96,4%) женщины. В структуре заболеваемости преобладали ССЗ, болезни опорно-двигательного аппарата и желудочно-кишечного тракта (ЖКТ), варикозная болезнь нижних конечностей и эндокринная патология (таблица 2).

Таблица 2.

Частота и структура ХНИЗ у женщин в возрасте **55-64** лет

| Показатель | | % |
|--|-----|------|
| Сердечно-сосудистые заболевания | 177 | 70,8 |
| Заболевания опорно-двигательного аппарата | 148 | 59,2 |
| Заболевания желудочно-кишечного тракта | 99 | 39,6 |
| Варикозная болезнь нижних конечностей | 79 | 31,6 |
| Эндокринные заболевания | 78 | 31,2 |
| Гинекологические заболевания | 49 | 19,6 |
| Заболевания почек и мочевыводящих путей | 38 | 15,2 |
| Заболевания нервной системы | 30 | 12,0 |
| Заболевания органов дыхания | 25 | 10,0 |
| Злокачественные новообразования в анамнезе | 18 | 7,2 |
| Хроническая анемия | 14 | 5,6 |
| Заболевания ЛОР-органов | 9 | 3,6 |
| Активное злокачественное новообразование | 3 | 1,2 |
| Кожные заболевания | 2 | 0,8 |

Среди ССЗ лидировала АГ (таблица 3). Во время проведения исследования у 1,6% женщин была впервые выявлена АГ.

Таблица 3.

Частота и структура ССЗ у женщин в возрасте **55-64** лет

| Показатель | N | % |
|--|-----|------|
| Артериальная гипертония (в т. ч. впервые выявленная) | 163 | 65,2 |
| Сахарный диабет | 33 | 13,2 |
| Ишемическая болезнь сердца | 20 | 8,0 |
| Стабильная стенокардия | 17 | 6,8 |
| Ишемический инсульт в анамнезе | 14 | 5,6 |
| Хроническая сердечная недостаточность | 13 | 5,2 |
| Фибрилляция предсердий | 4 | 1,6 |
| Инфаркт миокарда в анамнезе | 4 | 1,6 |
| Впервые выявленная АГ | 4 | 1,6 |
| Реваскуляризация* миокарда в анам- незе | 1 | 0,4 |

^{*} чрескожные коронарные вмешательства, коронарное шунтирование

Немногим более половины (57,6%) женщин продолжали работать, 42,4% были неработающими. Работающие женщины отличались от неработающих по целому ряду показателей (таблица 4). Неработающие женщины оказались старше, среди них было больше вдовых, одиноко проживающих, имеющих среднее образование и низкий доход.

Неработающие женщины имели больше ХНИЗ, принимали большее количество лекарственных препаратов, чаще страдали ИБС, имели ИМ в анамнезе и использовали вспомогательные средства. У неработающих женщин оказалось больше гериатрических синдромов.

 $\label{eq:2.2} \mbox{$Taб\upmu_a$ 4.}$ Факторы, ассоции
рующиеся со статусом занятости у женщин в возрасте 55–64 лет

| Показатель | Работающие n=144 | Неработающие n=106 | ρ |
|--|--------------------------------------|--|--------|
| Возраст, годы | $58,6 \pm 2,8$ | $60,3 \pm 2,7$ | <0,001 |
| Одинокие (не имеющие партнёра), п (%) | 61 (42,4%) | 64 (60,4%) | 0,005 |
| Одинокое проживание, n (%) | 28 (19,4%) | 32 (30,2%) | 0,049 |
| Образование, n (%): среднее средне-специальное высшее | 5 (3,5%) 63 (43,8%) 76 (52,8%) | 16 (15,1%) 38 (35,8%) 52 (49,1%) | 0,004 |
| Низкий доход, n (%) | 15 (10,4%) | 33 (31,1%) | <0,001 |
| ИБС, n (%) | 7 (4,9%) | 13 (12,3%) | 0,033 |
| ИМ в анамнезе, п (%) | 0 | 4 (3,8%) | 0,019 |
| Количество XHИЗ ≥3, n (%) | 79 (54,9%) | 76 (71,7%) | 0,007 |
| Количество ЛС для постоянного приёма ≥2, п (%) | 51 (35,4%) | 63 (59,4%) | <0,001 |
| Количество вспомогательных средств ≥2, п (%) | 53 (36,8%) | 64 (60,4%) | <0,001 |
| Использование очков, n (%) | 117 (81,3%) | 96 (90,6%) | 0,040 |
| Использование зубных протезов, n (%) | 27 (18,8%) | 37 (34,9%) | 0,004 |
| Использование ортопедических стелек, n (%) | 15 (10,4%) | 21 (19,8%) | 0,037 |
| Использование ортопедической обуви, n (%) | 12 (8,3%) | 19 (17,9%) | 0,023 |
| Гематокрит, % | 38,5 (38,0-39,4) | 39,1 (38,2–40,9) | 0,042 |
| Тромбоциты, $109/л$ | 277 (248–307) | 253 (225–295) | 0,003 |
| Мочевая кислота, мкмоль/л | 261 (219–325) | 285 (239–340) | 0,012 |
| ТИМ слева, мм | 0,80 (0,74-0,87) | 0,84 (0,75-0,92) | 0,050 |
| Сила сжатия правой кисти, кг | 30 (27,5–32,5) | 28 (24–31,5) | 0,001 |
| Снижение силы сжатия правой кисти, n (%) | 4 (2,8%) | 11 (10,4%) | 0,012 |
| Сила сжатия левой кисти, кг | 28 (26–31) | 25 (22–29) | <0,001 |
| Недержание/подтекание мочи, n (%) | 66 (45,8%) | 75 (70,8%) | <0,001 |
| Падения за последний год, n (%) | 10 (6,9%) | 19 (17,9%) | 0,007 |
| Вероятная депрессия (GDS-15 ≥5 баллов), n (%) | 22 (15,3%) | 36 (34%) | 0,001 |
| Сумма баллов по шкале GDS-15 | 2 (1-4) | 3 (1-6) | 0,007 |
| КЖ по ВАШ, % | 72,5 (60–83,75) | 60 (50-70) | <0,001 |
| Сумма баллов по шкале МоСА | 26 (25-28) | 25 (23–27) | 0,002 |
| Сумма баллов по шкале «Возраст не помеха» | 1 (0-3) | 2 (1-3) | <0,001 |
| Сумма баллов по шкале «Возраст не помеха» ≥3, n (%) | 40 (27,8%) | 43 (40,6%) | 0,034 |

Используя однофакторный анализ, оценили взаимосвязи между различными факторами и вероятностью того, что женщины в возрасте 55-64 лет прекратят работать (таблица 5).

Таблица 5.

Факторы, влияющие на статус занятости у женщин в возрасте 55-64 лет (однофакторный анализ)

| Показатель | ош | 95% ДИ | ρ |
|---|------|----------------|--------|
| Возрастная группа: 1 — 55–59 лет 2 — 60–64 года | 2,37 | 1,42- 3,96 | 0,001 |
| Одинокие (не имеющие партнёра) | 2,07 | 1,24- 3,46 | 0,005 |
| ИБС | 2,74 | 1,05- 7,12 | 0,039 |
| Количество ХНИЗ ≥3 | 2,08 | 1,22- 3,56 | 0,007 |
| Количество ЛС для по- стоянного приёма ≥2 | 2,67 | 1,59- 4,48 | <0,001 |
| Количество вспомога- тельных средств ≥2 | 2,62 | 1,56- 4,38 | <0,001 |
| Снижение силы сжатия правой кисти | 4,05 | 1,25- 13,11 | 0,019 |
| Вероятная депрессия (GDS-15 ≥5 баллов) | 2,85 | 1,56- 5,23 | 0,001 |
| Недержание/подтекание мочи | 2,86 | 1,68- 4,87 | <0,001 |

Зависимая переменная: не работает

В последующий многофакторный анализ включили 9 показателей с уровнем значимости р<0,05 по данным однофакторного анализа, по результатам которого идентифицировали 4 показателя, независимо ассоциированных со статусом занятости у женщин (таблица 6). Очерёдность включения переменных в модель была следующей: недержание/ подтекание мочи, возрастная группа, вероятная депрессия, количество вспомогательных средств ≥ 2 .

Таким образом, у женщин в возрасте 55-64 лет увеличение возраста повышает вероятность того, что женщина не будет работать, в 2,5 раза, использование ≥2 вспомогательных средств — в 2 раза, наличие недержания/подтекания мочи — в 2,3 раза, вероятная депрессия — в 2,7 раза.

Обсуждение

Проведено исследование по изучению распространённости клинических признаков старения в репрезентативной выборке 250 женщин в возрасте 55-64 лет. В указанной выборке проанализированы социально-демографические и экономические факторы, функциональный и когнитивный

Таблица 6.

Факторы, независимо ассоциированные со статусом занятости у женщин в возрасте 55-64 лет (многофакторный анализ)

| Показатель | ош | 95% ДИ | ρ |
|---|------|---------------|-------|
| Возрастная группа: 1 — 55-59 лет 2 — 60-64 года | 2,50 | 1,44- 4,37 | 0,001 |
| Количество вспомогательных средств ≥2 | 2,04 | 1,18- 3,54 | 0,011 |
| Недержание/подтекание мочи | 2,30 | 1,31- 4,06 | 0,004 |
| Вероятная депрессия (GDS-15 ≥5 баллов) | 2,65 | 1,38- 5,10 | 0,003 |

Зависимая переменная: не работает

статус, состояние здоровья, изучены гериатрические синдромы и их ассоциация с социальными, демографическими и экономическими характеристиками, ФР ХНИЗ и наличием ХНИЗ.

У женщин 55-64 лет проведённый анализ выявил высокую распространённость ФР ХНИЗ и самих ХНИЗ, высокую частоту мультиморбидности при отсутствии функциональных дефицитов. В то же время имеет место достаточно высокая частота изменений, которые по совокупности могут быть предикторами потери функционального статуса в дальнейшем при отсутствии профилактических мероприятий и отказа от работы после достижения возраста 55 лет, а также начальных, потенциально обратимых, признаков снижения когнитивных функций.

В данной возрастной категории женщин (55-64 лет) гериатрические синдромы ассоциированы с социально-демографическими, экономическими факторами и состоянием здоровья (наличием ФР ХНИЗ и самих ХНИЗ), но не с возрастом. Воздействие на модифицируемые ФР ХНИЗ и улучшение контроля за ХНИЗ может замедлить прогрессирование развития гериатрических синдромов.

Это исследование, посвященное оценке гериатрических синдромов у женщин 55-64 лет, дает доказательства того, что их наличие влияет на трудовую деятельность. Важно отметить, что этот риск повышен для женщин с двумя и более гериатрическими синдромами, предполагая, что наличие нескольких гериатрических синдромов может быть важным клиническим показателем.

Полученные данные позволяют рекомендовать следующие модели для выделения среди женщин групп риска развития гериатрических синдромов для осуществления более активных профилактических мероприятий в этих группах:

1. Лёгкое/умеренное снижение ных функций. Для формирования группы риска целесообразно выделять женщин, имеющих комплекс следующих факторов, независимо ассоциированных с начальными проявлениями снижения когнитивных функций (в порядке убывания значимости): низкий доход, диаметр позвоночной артерии (ПА) справа $\leq 3,3$ мм, СКФ ≤ 65 мл/мин/1,73м², СД, образование, использование вспомогательных средств. При этом протективным фактором является уровень образования.

- 2. Вероятная депрессия. Для формирования группы риска целесообразно выделять женщин, имеющих комплекс следующих факторов, независимо ассоциированных с вероятной депрессией (в порядке убывания значимости): использование абсорбирующего белья, низкий доход, злокачественное новообразование в анамнезе, низкая физическая активность, ДАД ≥87 мм рт. ст., эндокринные заболевания, хроническая боль, ишемический инсульт в анамнезе, абдоминальное ожирение, продолжающие работать. При этом протективным фактором является продолжение работы после достижения возраста 55 лет.
- 3. Использование шкалы «Возраст не помеха» позволяет выявлять среди женщин 55–64 лет группы с худшим состоянием здоровья и предрасположенных к более выраженным проявлениям гериатрических синдромов. Полученные данные позволяют рекомендовать использование шкалы как интегрального инструмента скрининга и рекомендовать при количестве баллов ≥3 углублённое обследование для оценки когнитивного статуса и депрессии с целью выделения групп риска и проведения профилактических мероприятий в этих группах.

Наличие гериатрических синдромов имеет важное значение для здоровья и физического функционирования женщин в этой возрастной категории, и они должны учитываться при трудоустройстве.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1. AbouZahr C. Progress and challenges in women's health: an analysis of levels and patterns of mortality and morbidity). Epub 2014 Mar 13.
 - 2. https://rosstat.gov.ru
- 3. Flacker J. What is a geriatric syndrome anyway? / J. Flacker // J. Am. Geriatr. Soc. 2003. P. 574–576.
- 4. Inouye S.K. Geriatric syndromes: clinical, research, and policy implications of a core geriatric concept / S.K. Inouye [et al.] // J. Am. Geriatr. Soc. 2007. P. 780–791.
- 5. Ткачева О.Н., Рунихина Н.К., Котовская Ю.В. и др Диагностика, профилактика и лечение старческой астении и других гериатрических синдромов. Методическое пособие [текст] / Ткачева О.Н. // М., 2017.-7 с.
- 6. Beswick A.D., Rees K., Dieppe P. et al. Complex interventions to improve physical function and maintain independent living in elderly people:

- a systematic review and meta-analysis // Lancet. 2008. Vol. 371. P. 725–735.
- 7. Ellis G., Whitehead M.A., Robinson D. et al. Compre hensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomised controlled trials // Brit. med. J. 2011. No 343.
- 8. Stuck A.E., Egger M., Hammer A. et al. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: systematic review and meta-regression analysis //J. A. M. A. 2002. P. 1022–1028.
- 9. Christensen K.A. Danish population-based twin study on general health in the elderly [TEKCT] / Christensen K., Holm N.V., McGue M., Corder L., Vaupel J.W. // J Aging Health. 1999. V. 11. P. 49–64.
- 10. Podsiadlo D. The timed 'Up & Go': A test of basic functional mobility for frail elderly persons [Tekct] / Podsiadlo D., Richardson S. // J Am Geriatr Soc. 1991. V. 39. \mathbb{N}° 2. P. 142–148.
- 11. Touboul P.J. Mannheim carotid intimamedia thickness consensus (2004-2006). An update on behalf of the Advisory Board of the 3rd and 4th Watching the Risk Symposium, 13th and 15th European Stroke Conferences, Mannheim, Germany, 2004, and Brussels, Belgium, 2006 [TEKCT] / Touboul P.J., Hennerici M.G., Meairs S. et al. // Cerebrovasc Dis. 2007. V. 23. \mathbb{N}° 1. P. 75–80.
- 12. Levey A.S. A New Equation to Estimate Glomerular Filtration Rate [Tekct] / Levey A.S., Stevens L.A., Schmid C.H. et al. // Ann Intern Med. 2009. V. 150. \mathbb{N}° 9. P. 604–612.
- 13. Nasreddine Z.S. Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment [Tekct] / Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bédirian V. et al. // J Am Geriatr Soc. 2005. V. 53. P. 695–699.
- 14. Sheikh J.I. Geriatric Depression Scale (GDS): Recent evidence and development of a shorter version [TEKCT] / Sheikh J.I., Yesavage J.A. // Clinical Gerontologist. 1986. V. 5. P. 165–173.
- 15. van Reenen M. EQ-5D-5L User Guide Basic information on how to use the EQ-5D-5L instrument. Version 2.1. [Tekct] / van Reenen M., Janssen B. // 2015. \mathbb{N}° October.
- 16. Остапенко В.С., Рунихина Н.К., Ткачева О.Н., Шарашкина Н.В. Инструменты скрининга синдрома старческой астении в амбулаторной практике [текст] / Успехи геронтол. 2016. Т. 29. \mathbb{N}° 2. С. 306–312.