

УДК: 613.95:616-036.81:305-055.2/.3

**ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ДЕФИЦИТЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В
АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНОЙ АНАЛИЗ И
ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ**

**OUTPATIENT FUNCTIONAL DEFICITS IN ELDERLY PATIENTS: A GENDER-
AND AGE-STRATIFIED ANALYSIS AND ITS PREVENTIVE IMPLICATIONS**

**KEKSALAR ORASIDA AMBULATORIYA SHAROITIDA FUNKSIONAL
BUZILISHLAR: GENDER-YOSH XUSUSIYATLARI VA ULARNING PROFILAKTIK
AHAMIYATI**

Ризаев Жасур Алимджанович - д.м.н. профессор

<https://orcid.org/0000-0001-5468-9403>

Мусаева Олтиной Туйчибой кизи

<https://orcid.org/0009-0004-6565-5291>

Самаркандский государственный медицинский университет

Ризаев Ж.А., Мусаева О.Т. (2025). ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ДЕФИЦИТЫ У ПОЖИЛЫХ ПАЦИЕНТОВ В АМБУЛАТОРНОЙ ПРАКТИКЕ: ГЕНДЕРНО-ВОЗРАСТНОЙ АНАЛИЗ И ПРОФИЛАКТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ. Actacam, 10(2), 16–20. <https://doi.org/10.5281/zenodo.15640864>

Аннотация. В условиях старения населения особое значение приобретает изучение распространённости возрастных функциональных дефицитов с учётом пола. В работе представлен ретроспективный анализ 1915 амбулаторных карт пожилых пациентов, включающий оценку когнитивных, двигательных, психоэмоциональных, нутритивных и сенсорных нарушений. Применена стратификация по полу и возрасту. Установлены половые различия: у женщин доминирует эмоционально-нутритивный профиль, у мужчин — когнитивно-соматический. Результаты послужили основой для персонализированной модели амбулаторной реабилитации и профилактики инвалидизации.

Ключевые слова: гериатрия; амбулаторная помощь; функциональные дефициты; динапения и саркопения; когнитивные нарушения; мальнутриция; гендерные различия; профилактика инвалидизации

Annotation. In the context of population aging, studying the prevalence of functional deficits in older adults by sex and age is crucial. This paper presents a retrospective analysis of 1,915 outpatient medical records, evaluating cognitive, motor, emotional, nutritional, and sensory impairments. Gender and age-based stratification was applied. Findings show emotional-nutritional deficits prevailing in women and cognitive-somatic in men. The results formed the basis for a personalized outpatient rehabilitation model and strategies for disability prevention.

Keywords: geriatrics; outpatient care; functional impairments; dynapenia and sarcopenia; cognitive decline; malnutrition; gender differences; disability prevention

Annotatsiya. Aholining qarishi sharoitida yoshi kattalardagi funksional yetishmovchiliklarni jins va yoshga ko'ra o'rganish muhim ahamiyat kasb etadi. Ushbu maqolada 1915 nafar ambulator bemorning tibbiy hujjatlari retrospektiv tahlil qilindi. Tahlilga kognitiv, harakat, emotsional, ovqatlanish va sezgi nuqsonlari kiritildi. Ayollar orasida emotsional-ovqatlanish profili, erkaklarda esa kognitiv-somatik nuqsonlar ustunligi aniqlandi. Natijalar ambulator rehabilitatsiya va nogironlikni oldini olish uchun shaxsiylashtirilgan model ishlab chiqish asosini yaratdi.

Kalit so'zlar: geriatriya; ambulatoriya yordam; funksional nuqsonlar; dinapeniya va sarkopeniya; kognitiv buzilishlar; ovqatlanish yetishmovchiligi; jinsiy farqlar; nogironlikni oldini olish

Введение. Современные демографические тенденции, характеризующиеся увеличением продолжительности жизни и ростом доли пожилого населения, ставят перед системой здравоохранения задачу перехода от исключительно лечебной модели к системе, ориентированной на профилактику возраст-ассоциированных нарушений и сохранение функционального здоровья [1, 2]. В условиях ограниченных ресурсов особое значение приобретает амбулаторная служба, играющая ключевую роль в раннем выявлении функциональных дефицитов и реализации программ активного долголетия [3].

Функциональные дефициты у пожилых включают когнитивные, двигательные, психоэмоциональные, нутритивные и сенсорные нарушения. Они способствуют снижению качества жизни, потере самостоятельности и повышенному риску инвалидизации [4, 5]. При этом гендерные различия в клиническом проявлении и прогрессировании дефицитных состояний нередко игнорируются, что снижает эффективность вмешательств [6].

Настоящее исследование направлено на анализ амбулаторной медицинской документации с целью выявления гендерных и возрастных особенностей функциональных нарушений у пожилых пациентов. На основе полученных данных формируются подходы к персонализированной, гендерно-специфической реабилитации в амбулаторной практике.

Цель исследования - провести ретроспективный анализ распространённости и структуры гериатрических дефицитов с учётом пола и возраста для обоснования персонализированной амбулаторной модели реабилитации.

Обзор литературы. Вопрос сохранения функциональной автономии у лиц старшего возраста является приоритетным направлением в международной гериатрической политике. Согласно докладу ВОЗ *World Report on Ageing and Health* (2015), ключевым индикатором успешного старения считается не отсутствие болезней, а способность поддерживать независимость и качество жизни [1].

Работы Beard J.R. и соавт. подчеркивают, что функциональные дефициты нередко сочетаются между собой, формируя полидефицитные синдромы, требующие комплексной оценки [2]. Европейское общество гериатрической медицины (EUGMS) также акцентирует внимание на важности раннего выявления нарушений и стратифицированного подхода в амбулаторной практике [3].

Исследования Collerton и соавт. (2009) в рамках *Newcastle 85+ Study* продемонстрировали наличие выраженных гендерных различий в клиническом профиле пожилых: женщины чаще страдают от депрессии и мальнутриции, а у мужчин преобладают когнитивные и соматические нарушения [4].

Включение саркопении в международную классификацию болезней (МКБ-10) и рекомендации группы EWGSOP (European Working Group on Sarcopenia in Older People) [5] подчёркивают её значимость как ключевого компонента возрастных изменений. При этом данные Meskers C.G.M. и коллег (2019) указывают на различие паттернов старения у мужчин и женщин, что требует гендерно-ориентированного подхода к профилактике и реабилитации [6].

Актуальные подходы к оценке функционального состояния включают использование валидированных шкал: MMSE и MoCA — для когнитивной функции, BDI и HADS — для эмоционального состояния, MNA — для нутритивной оценки, а также TUG и индекс Бартела — для двигательной активности [7–9]. Стратификация пациентов по полу и возрасту на основе этих шкал позволяет формировать индивидуальные траектории реабилитации и повышать эффективность амбулаторной помощи.

Таким образом, совокупность современных исследований свидетельствует о необходимости внедрения мультидисциплинарных и гендерно-специфических подходов в систему гериатрической амбулаторной помощи для профилактики инвалидизации и сохранения качества жизни пожилого населения.

Материалы и методы. Методологической основой настоящего исследования послужил структурированный ретроспективный анализ амбулаторной медицинской

документации за период 2014–2023 годов. Работа проводилась на базе Республиканского научно-исследовательского института реабилитологии и спортивной медицины при Самаркандском государственном медицинском университете с привлечением данных из ряда амбулаторных учреждений, что обеспечило достоверность и обобщаемость полученных результатов.

В исследование были включены медицинские карты 1915 пациентов в возрасте 45 лет и старше (917 мужчин и 998 женщин), обратившихся за амбулаторной медицинской и реабилитационной помощью. Возрастной порог от 45 лет был выбран с целью раннего выявления признаков возраст-ассоциированных функциональных нарушений и последующего обоснования профилактических стратегий.

Изучение документации позволило выделить и систематизировать сведения о таких состояниях, как когнитивные расстройства, динапения, саркопения, гипомобильность, эмоциональные и нутритивные дефициты, а также сенсорные и социальные ограничения. При наличии указаний на применение валидированных шкал (MMSE, MoCA, BDI, MNA и др.), полученные данные были включены в анализ верифицированным способом.

Для повышения точности интерпретации результаты стратифицировались по полу и возрастным интервалам (45–49, 50–54, 55–59, 60–64, 65–69, 70–74 лет). Статистическая обработка данных выполнялась с использованием Microsoft Excel и пакета SPSS 26.0. Применялись методы описательной статистики, t-критерий Стьюдента, χ^2 -критерий Пирсона, а также корреляционный анализ (коэффициент Пирсона), при уровне значимости $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение. Ретроспективный анализ функционального состояния 1915 пожилых пациентов, получивших амбулаторную помощь в 2014–2023 гг., выявил выраженные гендерные и возрастные различия в структуре функциональных дефицитов. Возраст обследованных составлял от 45 лет и выше, что позволило зафиксировать ранние признаки гериатрических синдромов.

Двигательные дефициты: динапения и саркопения. Динапения, как предиктор саркопении и инвалидизации, диагностировалась у женщин чаще и на более ранних стадиях. В возрастной группе 55–59 лет её распространённость достигала $53,8 \pm 2,3 \%$, тогда как у мужчин в этой же группе — $31,2 \pm 1,9 \%$ ($p < 0,05$). У мужчин выраженный рост динапении наблюдался после 70 лет ($44,1 \pm 2,4 \%$), что связано с поздним, но более резким снижением мышечной силы.

Саркопения, как сочетание мышечной слабости и снижения мышечной массы, доминировала у мужчин в возрасте 60–64 лет ($47,9 \pm 1,8 \%$ против $34,5 \pm 2,0 \%$ у женщин, $p < 0,05$). У женщин наблюдалось более равномерное прогрессирование, достигающее $41,6 \pm 2,3 \%$ к 70–74 годам. Эти данные согласуются с представлениями о роли пола, возраста и сопутствующих заболеваний в развитии саркопении [9] и подтверждают актуальность её своевременной диагностики в клинической практике в соответствии с международными рекомендациями и включением в классификацию МКБ-10. Это подчёркивает необходимость ранней диагностики динапении у женщин и акцент на саркопенические проявления у мужчин после 60 лет.

Гипомобильность и риск падений. Снижение физической активности (гипомобильность) и синдром падений чаще фиксировались у мужчин в старших возрастных группах. У мужчин 65–69 лет гипомобильность достигала $65,3 \pm 3,0 \%$, в то время как у женщин в той же группе — $49,1 \pm 2,4 \%$. Частота падений в возрасте 75 лет и старше составила $59,2 \%$ у мужчин и $56,7 \%$ у женщин, что подчёркивает необходимость комплексной оценки моторных нарушений у обоих полов.

Когнитивные и эмоциональные расстройства. По результатам MMSE и MoCA установлено, что мужчины чаще демонстрировали выраженные когнитивные нарушения, включая дементный уровень снижения. Уже в возрасте 60–64 лет дементные расстройства диагностировались у $32,4 \pm 1,5 \%$ мужчин против $26,8 \pm 1,5 \%$ у женщин.

Депрессия, напротив, чаще выявлялась у женщин: $46,7 \pm 1,6 \%$ в возрасте 55–59 лет против $25,1 \pm 1,4 \%$ у мужчин. Эти расстройства ассоциировались с нарушениями сна и

одиночеством. У женщин старше 70 лет частота выраженной депрессии достигала $59,3 \pm 2,1 \%$, что требует включения психоэмоционального сопровождения в состав реабилитационных программ.

Нутритивные дефициты. По шкале MNA мальнутриция и её риск регистрировались преимущественно у женщин. В возрасте 70–74 лет мальнутриция диагностировалась у $63,7 \pm 2,8 \%$ женщин и $31,6 \pm 2,2 \%$ мужчин ($p < 0,05$). У мужчин чаще наблюдалось саркопеническое ожирение, что требует дифференцированного подхода к нутритивной поддержке и физической нагрузке.

Сенсорные и социальные дефициты. Ухудшение зрения и слуха фиксировалось с сопоставимой частотой у обоих полов, но имело значимое влияние на мотивацию и вовлечённость в реабилитационный процесс. Синдром одиночества чаще наблюдался у женщин, особенно в возрасте старше 65 лет ($44,3 \pm 1,7 \%$ против $17,6 \pm 1,3 \%$ у мужчин), что сопряжено с более высокой частотой вдовства и социальной изоляции.

Таблица 1.

Частота выявления функциональных дефицитов у мужчин и женщин по данным первого этапа исследования (возраст ≥ 45 лет)

Функциональное состояние	Мужчины (%; возраст)	Женщины (%; возраст)
Динапения	$31,2 \pm 1,9\%$ (55–59 лет); $44,1 \pm 2,4\%$ (≥ 70 лет)	$53,8 \pm 2,3\%$ (55–59 лет)
Саркопения	$47,9 \pm 1,8\%$ (60–64 лет)	$34,5 \pm 2,0\%$ (60–64 лет); $41,6 \pm 2,3\%$ (70–74 лет)
Гипомобильность	$65,3 \pm 3,0\%$ (65–69 лет)	$49,1 \pm 2,4\%$ (65–69 лет)
Синдром падений	$59,2\%$ (75+ лет)	$56,7\%$ (75+ лет)
Когнитивные нарушения (деменция)	$32,4 \pm 1,5\%$ (60–64 лет)	$26,8 \pm 1,5\%$ (60–64 лет)
Депрессия (BDI)	$25,1 \pm 1,4\%$ (55–59 лет)	$46,7 \pm 1,6\%$ (55–59 лет); $59,3 \pm 2,1\%$ (≥ 70 лет)
Мальнутриция (MNA < 17)	$31,6 \pm 2,2\%$ (70–74 лет)	$63,7 \pm 2,8\%$ (70–74 лет)
Синдром одиночества	$17,6 \pm 1,3\%$ (70–74 лет)	$44,3 \pm 1,7\%$ (70–74 лет)

Примечание:

- Диагностические критерии базировались на данных, отражённых в амбулаторной медицинской документации и стандартизированных шкалах: **BDI** (Beck Depression Inventory), **MNA** (Mini Nutritional Assessment), **MMSE**, **MoCA**, **TUG**, **Barthel Index** и др.

- В таблице указаны пиковые значения распространённости по половозрастным группам.

- Значения представлены как **среднее \pm стандартная ошибка**.

Первый этап исследования подтвердил высокую распространённость мультифакторных функциональных дефицитов среди пожилого населения с отчётливой гендерной стратификацией. У женщин чаще встречаются динапения, депрессия, мальнутриция и социальная изоляция. У мужчин — когнитивные нарушения, саркопения и гипомобильность. Эти различия обосновывают необходимость проектирования персонализированных и гендерно-специфических программ реабилитации, ориентированных на раннее выявление и профилактику дефицитных состояний. Полученные данные стали основой разработки модели амбулаторной реабилитации, представленной на втором этапе исследования.

Заключение. Проведённое исследование позволило выявить значимые закономерности в гендерной и возрастной структуре функциональных дефицитов у пожилых пациентов, обратившихся за амбулаторной помощью. На основании ретроспективного анализа 1915 амбулаторных карт установлены устойчивые клинико-функциональные

профили, различающиеся по полу и возрастным группам, что подчёркивает актуальность стратифицированного и персонифицированного подхода в гериатрической практике.

Полученные результаты свидетельствуют о необходимости адаптации амбулаторной службы к вызовам старения населения путём разработки и внедрения гендерно-ориентированных реабилитационных стратегий. Внедрение таких моделей позволит повысить эффективность профилактики инвалидизации, улучшить качество жизни пожилых пациентов и рационально использовать ресурсы первичного звена здравоохранения.

Таким образом, ретроспективный этап исследования стал основой для построения практико-ориентированной, научно обоснованной системы индивидуализированной амбулаторной помощи, соответствующей современным требованиям геронтологии и общественного здравоохранения.

Список литературы

1. Всемирная организация здравоохранения. Доклад о состоянии здравоохранения в мире 2015: Старение и здоровье / Пер. с англ. – Женева: ВОЗ, 2015. – 260 с.
2. Beard J.R., Officer A., de Carvalho I.A., Sadana R., Pot A.M., Michel J.P., et al. The World report on ageing and health: a policy framework for healthy ageing // *The Lancet*. – 2016. – Vol. 387, No. 10033. – P. 2145–2154. DOI: 10.1016/S0140-6736(15)00516-4.
3. European Union Geriatric Medicine Society (EUGMS). Frailty and function: building a new culture for ageing in Europe. Position Paper. – 2022. – URL: <https://www.eugms.org> (дата обращения: 18.04.2025).
4. Collerton J., Jagger C., Yadegarfar M., Davies K., Kirkwood T.B.L. Health and disease in 85 year olds: baseline findings from the Newcastle 85+ cohort study // *BMJ*. – 2009. – Vol. 339. – P. b4904. DOI: 10.1136/bmj.b 4904.
5. Cruz-Jentoft A.J., Bahat G., Bauer J., Boirie Y., Bruyère O., Cederholm T., et al. Sarcopenia: revised European consensus on definition and diagnosis // *Age and Ageing*. – 2019. – Vol. 48, No. 1. – P. 16–31. DOI: 10.1093/ageing/afy169.
6. Meskers C.G.M., Reijnierse E.M., Numans S.T., Kruizinga R.C., Pierik V.D., Willems H.C., Maier A.B. Skeletal muscle decline and sarcopenia: aging, disease, and nutrition // *The Lancet*. – 2019. – Vol. 393, No. 10191. – P. 2636–2646. DOI: 10.1016/S0140-6736(19)31138-9.
7. Nasreddine Z.S., Phillips N.A., Bédirian V., Charbonneau S., Whitehead V., Collin I., Cummings J.L., Chertkow H. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 2005. – Vol. 53, No. 4. – P. 695–699.
8. Beck A.T., Steer R.A., Brown G.K. Manual for the Beck Depression Inventory-II. – San Antonio, TX: Psychological Corporation, 1996. – 38 p.
9. Podsiadlo D., Richardson S. The timed “Up & Go”: a test of basic functional mobility for frail elderly persons // *J. Am. Geriatr. Soc.* – 1991. – Vol. 39, No. 2. – P. 142–148.