

УДК 364.444: 616.71–007.235–053.9

ОСОБЕННОСТИ МЕДИКО–СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ ГЕРОНТОЛОГИЧЕСКОГО ПРОФИЛЯ С РАЗНОЙ СТЕПЕНЬЮ ВЫРАЖЕННОСТИ FRAILTY–СИНДРОМА (ХРУПКОСТИ)

Юрова Т.Ю.

ФГБОУ ВО «Курский государственный медицинский университет» Минздрава России, Курск,
e-mail: urovat18@yandex.ru

В представленной работе проведен анализ зависимости социальной активности людей старшего возраста (80 лет и более) и долгожителей от выраженности синдрома хрупкости. Осуществлен дифференцированный подход к определению необходимых видов медико–социальной помощи. Характеристики социального статуса изучены с помощью батареи тестов, отражающих повседневную жизненную активность, функциональную и инструментальную способности старых людей, выраженность их когнитивных нарушений. Для оценки тяжести синдрома хрупкости исследованы показатели композиционной структуры тела: костной и мышечной массы. Установлено, что масса костной ткани в группе людей старше 90 лет $2,43 \pm 0,2$ кг превосходила аналогичный показатель 80–85 летних, что свидетельствовало о меньшем риске развития переломов, чреватых длительной иммобилизацией и зависимостью от окружающих. Снижение мышечной массы было наиболее выражено у 80–85–летних людей. Выраженная физическая хрупкость в виде сарко– и остеопении снижала уровень физического, социального функционирования, способствовала развитию депрессивных расстройств. Найдена корреляционная зависимость различных индексов, характеризующих жизнеспособность, в зависимости от выраженности синдрома хрупкости при разных нарушениях качества жизни геронтов. Проведенный анализ позволил определить приоритетность разных видов медико–социальной помощи и дополнить ее новыми методами.

Ключевые слова: индексы социальной активности, физическая хрупкость, саркопения, остеопения, когнитивная хрупкость, депрессия, качество жизни, виды медико–социальной помощи

FEATURES OF MEDICO–SOCIAL CARE OF PATIENTS AGING PROFILE WITH VARYING DEGREES OF SEVERITY OF FRAILTY SYNDROME.

Yurova T.Yu.

Kursk State Medical University, Kursk, e-mail: urovat18@yandex.ru

In work the analysis of the social activity dependence in older people (80 years and more) and long-livers on the severity of Frailty syndrome. A differentiated approach to the definition of the necessary types of medical and social assistance is carried out. The characteristics of social status were studied with the help of a battery of tests that reflect the daily life activity, functional and instrumental abilities of old people, the severity of their cognitive impairment. To assess the severity of Frailty syndrome, the parameters of composite structure of the body: bone and muscle mass were studied. It was found that the bone mass in the group of people older than 90 years of 2.43 ± 0.2 kg exceeded the same figure of 80–85 years, indicating a lower risk of fractures, prolonged immobilization and dependence. Expressed physical Frailty in the form of sarco- and osteopenia reduced the level of physical, social functioning, depressive disorders. Correlation of various disability indexes, the severity of the Frailty syndrome with the parameters of life quality have been found. The analysis made it possible to determine the priority of different types of medical and social care and to supplement it with new methods.

Keywords: indexes of social activity, physical Frailty, sarcopenia, osteopenia, depression, quality of life, kinds of medical – social care

Неуклонный рост численности старческой возрастной группы в составе населения РФ, сдвиг границ дожития до 80 и более лет привели к повышению значимости и расширению арсенала методов медико–социальной помощи [1], необходимых для обеспечения должного качества жизни геронтов старческой возрастной группы и долгожителей.

Категория старых людей представляет собой гетерогенную группу с особыми проблемами, резко ограничивающими их социальную и повседневную активность и адаптацию. Их причинами становятся прогрессирующее ускоренное старение на фоне многочисленных хронических заболеваний (полиморбидности), тяжелые дегенеративные и онкологические процессы,

особенно те, которые ведут к выраженной функциональной недостаточности, развитию хрупкости организма человека и ограничениям жизнедеятельности. Вследствие формирования повышенной уязвимости организма к действию различных внешних (травмы, падения, погодные колебания) и внутренних факторов (метаболические и дистрофические изменения) по мере развития возраст–ассоциированных изменений уменьшается объем самостоятельного передвижения, затрудняется самообслуживание пациентов, повышает их потребность в опеке и уходе.

В последнее десятилетие появление понятия о Frailty синдроме, старческой астении по российской терминологии [2], способствовало формированию дифферен-

цированного подхода к оказанию медицинской и социальной помощи любого вида, будь то лечебная, паллиативная или медико-социальная технология [3].

Цель работы – определить зависимость видов и потребности в различных вариантах медико-социальной помощи от индексов жизнеспособности и выраженности Frailty-синдрома у пациентов 80 и более лет.

Материалы и методы исследования

С целью определения факторов, влияющих на развитие физической и когнитивной хрупкости при старении, показателей активности повседневной жизни, самообслуживания, жизнеспособности сотрудниками и студентами во время производственной практики на кафедре поликлинической терапии и общей врачебной практики обследовано 417 пациентов 80 – 85 лет (средний возраст $83,5 \pm 0,17$ лет); 128 человек от 86 до 90 (средний возраст $87,2 \pm 0,1$ лет); 68 долгожителей (средний возраст $93,7 \pm 0,3$ лет). У каждого из них проведена гериатрическая оценка сохранения способности к самообслуживанию в баллах по шкале Бартелла, активности повседневной жизни по шкале Каца, инструментальной активности, психического статуса по краткой гериатрической шкале депрессии (ИД), показателей композиционной структуры тела: мышечной и костной массы биоимпедансным методом.

Тест Бартелла охватывал 10 пунктов, относящихся к сфере самообслуживания и мобильности. Подсчитывалась сумма баллов, определенных по каждому из разделов теста. Суммарный индекс равнялся 100 баллам. Показатели от 0 до 20 баллов соответствовали полной зависимости, от 21 до 60 баллов – выраженной зависимости, от 61 до 90 баллов – умеренной, от 91 до 99 баллов – легкой зависимости в повседневной жизни [4].

Оценка активности повседневной жизни основывалась на способности пациента выполнять такие функции, как купание, одевание, посещение туалета, перемещение с кровати и со стула и обратно, контролирование мочеиспускания и дефекации, прием пищи. Данная шкала не оценивала лишь ходьбу.

Шкала повседневной инструментальной активности (IADL) включала оценку более сложных действий: умение оперировать деньгами, совершать покупки, оплату коммунальных услуг, пользование современными бытовыми приборами. По данным литературы примерно 23% людей старших возрастных групп имеют различные степени снижения повседневной или инструмен-

тальной активности, а в возрасте старше 80 лет такие нарушения наблюдаются более чем у половины популяции.

С помощью опросника SF-36 проведено изучение качества жизни геронтов с оценкой их физического, эмоционального психического и соматического статуса.

По краткой гериатрической шкале депрессии определялось состояние психических и стрессовых реакций [5].

Использование биоимпедансной методики определения композиционной структуры тела дало возможность исследовать содержание костной и мышечной массы тела старых пациентов для определения наличия у них синдрома хрупкости.

Статистический анализ результатов выполнен с использованием параметрических методов описательной статистики в программе Statistica 6.0, достоверность различий между сравниваемыми группами оценивалась по критерию Стьюдента при $p < 0,05$. Корреляционный анализ связей между показателями выполнен по Пирсону.

Результаты исследования и их обсуждение

Анализ выраженности нарушений способности к самообслуживанию по шкале Бартелла показал, что в подгруппе 80-летних он составил $74,1 \pm 3,0$ балла ($p < 0,05$), а у долгожителей – $72,4 \pm 2,6$ баллов, указывая на более высокую потребность последних в посторонней помощи при выполнении гигиенических навыков. Аналогичные отличия установлены между группами по шкале инструментальной активности повседневной жизни (ИАПЖ) у людей 86–90 лет – $16,2 \pm 0,5$; а у лиц старше 90 лет – $15,8 \pm 0,7$ баллов ($p < 0,01$). Наиболее высокая потребность в медико-социальной помощи отмечена в группе долгожителей, выявленная у 85% из них, по сравнению с 64% нуждающихся лиц 86–90 лет и 45% 80–85 летних. При этом у последних наиболее востребованными оказались мероприятия медицинского характера (в 64% случаев), а у 86–90 летних и долгожителей – различные виды социальной помощи и ухода (в 72% и 84% случаев).

У 80-летних пациентов, принявших участие в исследовании, отмечено значительное ограничение самообслуживания по шкале Бартелла. В группе до 80 лет и более установлена умеренная зависимость лиц от посторонней помощи. Определение общей активности повседневной жизни у людей 80 и более лет показало ее наибольшие нарушения у людей 86–90 ($8,3$ балла) и более 90 лет ($8,5$ балла).

Для поддержания повседневной активности важна инструментальная активность

в повседневной жизни, которая включает пользование телефоном, приборами бытовой техники. У 80–85–летних этот показатель составил 18,4 балла, самое низкое его значение отмечено у долгожителей, всего 15,8 балла. Степень тяжести ограничений жизнедеятельности в позднем старческом периоде коррелировала с показателями физического и социального функционирования, сопровождалась развитием депрессивных расстройств, выраженность которых у 80–85–летних равнялась 14,8 балла и слегка возрастала после 86 лет.

Корреляционная зависимость между показателями жизнеспособности и индексами Бартелла, Каца, Лаутона и депрессии выглядела следующим образом: прямая корреляция средней силы между физическим функционированием и индексом Лаутона $r=0,6$; социального функционирования с индексом Лаутона $r=0,48$; обратная корреляция средней силы между физическим функционированием и индексом депрессии $r=-0,58$. Обратная корреляция средней силы отмечена также между социальным функционированием и индексом депрессии $r=-0,53$. Остальные корреляционные связи были слабыми.

По современным представлениям для физического и социального функционирования людей старше 80 лет большое значение имеет развивающаяся у них хрупкость (Frailty–синдром). Ее маркерами признаны снижение мышечной массы – саркопения, мышечной массы сосудов, сердца и внутренних органов – миопения; снижение костной массы – остеопения, выраженность когнитивных нарушений.

Установлено, что масса костной ткани в группе людей старше 90 лет $2,43 \pm 0,2$ кг превосходила аналогичный показатель 80–85–летних, что свидетельствовало о меньшем риске развития переломов, череватых длительной иммобилизацией и зависимостью от окружающих.

Долгожители имели также достоверно более высокие показатели мышечной массы $43,8 \pm 1,1$ кг по сравнению с 80–85–летними – $40,4 \pm 0,4$ кг ($p < 0,05$).

Результаты определения мышечной массы отражены в таблице.

Степень физической хрупкости у лиц старшего возраста по индексу мышечной массы

Степень снижения мышечной массы	80–85–летние	86–90–летние	90–летние и старше
Легкая	22 %	16 %	34 %
Умеренная	46 %	33 %	41 %
Значительная	32 %	51 %	25 %

При исследовании маркеров когнитивной хрупкости найдено, что индекс депрессии у 80 летних составил $15,4 \pm 0,3$; у долгожителей – $15,2 \pm 0,2$ балла, что соответствовало средней выраженности депрессивных нарушений. По мере увеличения календарного возраста прослежена тенденция постепенного увеличения когнитивного дефицита от 80 летних до долгожителей.

Анализ корреляций маркеров когнитивной хрупкости с уровнем психического здоровья и социального функционирования обнаружил их обратные с индексом депрессии ($r=-0,48$; $p < 0,01$) и ($r=-0,53$; $p < 0,01$), что подтверждает существенную роль когнитивных нарушений в снижении качества жизни. В наибольшей степени саркопенические сдвиги выражены у 86–90–летних пациентов, а в меньшей – у долгожителей, что позволяет предположить более высокую вероятность дожития до 90 лет и старше людей с низкой степенью инволютивной утраты мышечной массы.

Анализ корреляций маркеров физической хрупкости с параметрами качества жизни выявил прямые связи средней силы показателей мышечной и костной массы с уровнем физического ($r=0,38$ и $r=0,4$; $p < 0,01$) и социального функционирования ($r=0,44$ и $r=0,42$; $p < 0,01$) [6].

Изменения социальных индексов и хрупкости определяли потребность 80–летних и старше лиц в мероприятиях медико–социальной помощи. Из числа 80–85–летних 64 % – нуждались в медицинской помощи; 6 % – в психологической и 23 % – в социальной. В группе 86–90–летних 72 % испытывали потребность в различных видах социальной помощи, 52 % из них была необходима медицинская помощь, 38 % была нужна психологическая помощь, 35 % нуждались в постороннем уходе и заботе. У долгожителей наибольшее число – 84 % нуждались в социальной помощи, 76 % в уходе и заботе, 42 % в медицинской помощи, 35 % в психологической поддержке.

Медико–социальные проблемы 80–летних и более лиц были обусловлены в 86 % нарушением физической активности, в 83 % – самообслуживания, у 45 % – нару-

шениями бытовой адаптации, у 45% – повышалась потребность в лекарствах; 30% испытывали психологические расстройства, 28% – нарушение сна; 28% нуждались в постоянном домашнем наблюдении.

Таким образом, особенности оказания МСП людям 80 и более лет в первую очередь определялись востребованностью разных видов бытовой помощи на дому. Решению проблем социальной изоляции и одиночества людей старшего возраста способствует их привлечение к освоению новых образовательных программ и современных технологий дистанционного интерактивного общения посредством электронной почты, скайпа и др. [7]. В Курском народном университете для людей старшего возраста прошли обучение и приступили к оказанию добровольной медико-социальной помощи по уходу за лицами старческой возрастной группы 50 волонтеров пожилого возраста в рамках межрегионального проекта «Пожилые помогают пожилым». Среди других перспективных технологий развития МСП наиболее важными следует признать:

- создание групп самопомощи – добровольные объединения хронически больных людей с общими проблемами;
- организацию санитарного актива, групп физической активности;
- обучение родителей правилам ухода за больными старшими членами семьи;

- работу с семьями по формированию здоровьесберегающего поведения;
- использование телемедицинских технологий с обратной связью.

Список литературы

1. Демографический ежегодник России. 2017: Стат. сб. / Росстат. – 2017 – 263 с.
2. Рунихина Н.К. Синдром старческой астении. Клинические рекомендации. – М., 2016. – 29 с.
3. Фролова Е.В., Корыстина Е.М. Комплексная оценка состояния здоровья пожилого человека и возможности ее осуществления в общей врачебной практике // Российский семейный врач. – 2010. – Т. 14; № 1. – С. 12–22.
4. Королев А.А., Сулова Г.А. Применение индекса бартела для оценки постинсультных больных с двигательными расстройствами // Успехи современного естествознания. – 2010. – № 12. – С. 58–59.
5. Григорьян М.Ф. Влияние выраженности депрессивных состояний на активность повседневной жизни в пожилом и старческом возрасте // Университетская наука: теория, практика, инновации: материалы межд. науч. конфер. В трех томах. – Том. 3. Курск: КГМУ, 2008. – С. 10 – 13.
6. Горшунова Н.К., Медведев Н.В. Инволютивная хрупкость лиц старшего возраста и долгожителей как индикатор функциональной недостаточности, жизнеспособности, социальной дезинтеграции, возможности коррекции и профилактики // Университетская наука: взгляд в будущее: материалы межд. науч. конфер. (2 февраля 2018 г.), в двух томах. – Том 1. – Курск: КГМУ, 2018. – С. 512–517.
7. Сквирская Г.П., Сон И.М., Сененко А.Ш., Шляфер С.И., Гажева А.В., Леонов С.А., Горшунова Н.К. Отделение медико-социальной помощи взрослому населению и отделение по уходу: концепция и принципы организации // Менеджер здравоохранения. – 2018. – №1. – С. 27–34.