

Реабилитация онкологического больного как основа повышения качества его жизни. *Вопр. онкол.* 2015; (2): 180–184. [Karitskiy A.P., Chulkova V.A., Pesterova E.V. Rehabilitation of a cancer patient as a basis for improving the quality of his life. *Voprosy onkologii.* 2015; (2): 180–184. (In Russ.)]

10. Семиглазова Т.Ю., Ткаченко Г.А., Чулкова В.А. Психологические аспекты лечения онкологических больных. *Злокачеств. опухоли.* 2016; (4-S1): 54–58. [Semiglazova T.Yu., Tkachenko G.A., Chulkova V.A. Psychological aspects of the treatment of cancer patients. *Zlokachestvennye opukholi.* 2016; (4-S1): 54–58. (In Russ.)]

11. Matulewicz R.S., Brennan J., Pruthi R.S. Radical cystectomy perioperative care redesign. *J. Urol.* 2015; 86 (6): 1076–1086. DOI: 10.1016/j.urol.2015.09.001.

12. Tyson M.D., Chang S.S. Enhanced recovery pathways versus standard care after cystectomy: A

meta-analysis of the effect on perioperative outcomes. *J. Eur. Urol.* 2016; 70 (6): 995–1003. DOI: 10.1016/j.eururo.2016.05.031.

13. Ortega-Lucea S.M., Martínez-Ubieto J., Júdez-Legaristi D. The results of implementing a fast-track protocol in radical cystectomy in a tertiary hospital. *Actas. Urol. Esp.* 2015; 39 (10): 620–627. DOI: 10.1016/j.acuro.2015.05.008.

14. Novara G., De Marco V., Aragona M. et al. Complications and mortality after radical cystectomy for bladder transitional cell cancer. *J. Urol.* 2009; 182 (3): 914–921. DOI: 10.1016/j.juro.2009.05.032.

15. Shuman E.K., Chenoweth C.E. Recognition and prevention of healthcare-associated urinary tract infections in the intensive care unit. *J. Crit. Care Med.* 2010; 38 (8 Suppl.): S373–S379. DOI: 10.1097/CCM.0b013e3181e6ce8f.

УДК 613.98: 616-053.9: 616-053: 364.444

© 2017 Пономарёва И.П.

ОЦЕНКА СИНДРОМА ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА У ПОЖИЛЫХ ПРИ НЕОНКОЛОГИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ

Ирина Петровна Пономарёва*

Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г. Белгород, Россия

Поступила 31.07.2017; принята в печать 21.08.2017.

Реферат

DOI: 10.17750/KMJ2017-906

Цель. Сравнительный анализ профиля интегральных функциональных нарушений и степени их дефицита у пациентов старшего возраста после перенесённого инсульта и при хронической сердечной недостаточности III–IV функционального класса.

Методы. Использовали физикальные методы и интервьюирование при проведении комплексной гериатрической оценки с анализом степени функциональных нарушений по шкале PULSES Profile и степени старческой астении.

Результаты. Анализ степени функциональных нарушений у пациентов пожилого и старческого возраста показал разнородность проблем, что необходимо учитывать при оказании медико-социальной помощи. При умеренном функциональном дефиците у пациентов после перенесённого инсульта преобладали эмоциональные и интеллектуальные расстройства — 47,2±0,1 случая, нарушения функций верхних конечностей — 29,9±0,2, нарушения функций нижних конечностей — 27,6±0,2 случая. При тяжёлой сердечной недостаточности на первые позиции выходили нарушения способности контролировать функции выделительной системы — 14,6±0,2 пациента. Тяжёлые функциональные расстройства преобладали у пациентов с последствиями инсультов, что проявлялось нарушением функций верхних конечностей — 21,3 случая, нижних конечностей — 22 случая; при тяжёлой сердечной недостаточности преобладали коммуникативные расстройства — 6,4 случая.

Вывод. Более тяжёлую степень функционального дефицита, коррелирующую с высокой потребностью в паллиативной медико-социальной помощи, чаще имели пациенты после перенесённого инсульта с преобладанием нарушений функций верхних и нижних конечностей, тогда как при хронической сердечной недостаточности III–IV функционального класса преобладали коммуникативные расстройства.

Ключевые слова: гериатрия, геронтология, паллиативная помощь, комплексная гериатрическая оценка, функциональный дефицит.

EVALUATION OF THE SYNDROME OF FUNCTIONAL DEFICIT IN ELDERLY WITH NON-ONCOLOGICAL PATHOLOGY

I.P. Ponomareva

Belgorod State National Research University, Belgorod, Russia

Aim. Comparative analysis of the profile of integral functional disorders and the degree of their deficit in elderly patients after stroke and in chronic heart failure functional class III–IV.

Methods. Physical exam and interviews were used during comprehensive geriatric assessment with the analysis of the degree of functional disorders according to PULSES Profile scale and the degree of asthenia in the elderly.

Results. The analysis of the degree of functional disorders in elderly and senile patients showed the diversity of issues that should be considered when providing medical and social care. In a moderate functional deficit in patients after stroke emotional and intellectual disorders prevailed — 47.2±0.1 cases, as well as upper extremities dysfunction — 29.9±0.2, and lower extremities dysfunction — 27.6±0.2. In severe heart failure inability to control excretory functions is predominant — 14.6±0.2 patients. Severe functional disorders prevailed in patients with consequences of stroke, which manifested as upper extremities dysfunction — 21.3 cases; lower extremities dysfunction — 22 cases; in severe heart failure communication disorders were prevalent — 6.4 cases.

Conclusion. The more severe degree of functional deficit correlating with a high need for palliative medical and social care was observed more frequently in patients after stroke with prevailing upper and lower extremities dysfunction, while in chronic heart failure functional class III–IV communication disorders were predominant.

Keywords: geriatrics, gerontology, palliative care, comprehensive geriatric assessment, functional deficit.

Функциональный дефицит у пациентов пожилого и старческого возраста, степень его проявления и правильность диагностики во многом определяют объём и вид предоставляемой помощи [1, 2]. Нужно сказать, что при традиционной системе симптоматической диагностики по нозологиям данный медико-социальный гериатрический синдром часто остаётся неучтённым, что существенно влияет на эффективность курации пациентов данной возрастной группы [3, 4].

Диагностика функционального дефицита — часть многомерной, многопрофильной оценки состояния здоровья людей пожилого и старческого возраста, которая сегодня начинает входить в практику как комплексная гериатрическая оценка, ставящая своей целью анализ социально-экономического статуса, качества жизни, функциональной активности, преморбидных характеристик, психического здоровья наряду с объективными и субъективными показателями физического здоровья [5–7].

Цель исследования — сравнительный анализ профиля интегральных функциональных нарушений и степени функционального дефицита у пациентов старшего возраста после перенесённого инсульта и при хронической сердечной недостаточности III–IV функционального класса.

В ходе исследования была проведена диагностика с последующим анализом степени выраженности синдрома функционального дефицита у пациентов пожилого и старческого возраста. Критерии включения в исследование: возраст 60–89 лет, индекс старческой астении $>0,04$, перенесённое нарушение мозгового кровообращения или хроническая сердечная недостаточность III–IV функционального класса.

Аналитическое исследование проводили на протяжении 2014–2017 гг. Репрезентативную выборку составляли 320 человек. В первую группу входили пациенты в количестве 180 человек, перенёвшие острое нарушение мозгового кровообращения. Средний возраст данной группы $73,2 \pm 1,2$ года. Вторую группу составляли пациенты с хронической сердечной недостаточностью III–IV функционального класса ($n=140$) в возрасте 60 лет и старше, средний возраст $72,2 \pm 1,4$ года.

Все участники исследования были пациентами лечебно-профилактических уч-

реждений, имевших лицензию на оказание соответствующих видов медицинской помощи. Для получения объективной оценки результатов исследования были предусмотрены официально утверждённые методы диагностики. Во всех случаях было получено информированное согласие пациентов, а также их родственников, осуществляющих уход. Исследование прошло экспертизу на заседании этического комитета медицинского института Белгородского государственного национального исследовательского университета.

Функциональная оценка была частью комплексной гериатрической оценки пациентов и наряду с гериатрическими синдромами создавала целостный профиль каждого пациента.

Применяемая для диагностики функционального дефицита шкала PULSES Profile (Moskowitz E., 1985; Marshall C. et al., 1999) [8] позволяла функциональные нарушения соотнести с основными доменами Международной классификации функционирования и ограничения жизнедеятельности, что исключало дублирование функций при проведении медико-социальной экспертизы, а также уменьшало временные затраты на проведение диагностических мероприятий. Это было особенно удобным в амбулаторной практике.

Кроме того, в исследовании применяли следующие методы: физикальные, комплексная гериатрическая оценка, определение индекса старческой астении (Rockwood, Mitnitski, Melanie Hoover et al., 2009) [9].

Для статистической обработки данных использовали оценку значимости различий двух совокупностей путём применения критерия *t* Стьюдента. Разность показателей считали статистически значимой при $p < 0,05$. Проводили расчёт средних и относительных величин. Статистическая обработка выполнена с использованием программы «Statgraphics plus for Windows», версия 7.0.

Последовательно были решены задачи оценки степени ограничения функций верхних конечностей, нижних конечностей, сенсорной, экскреторной, коммуникативной функций пациентов групп наблюдения.

Анализ профиля интегральных функциональных нарушений позволил выделить пациентов с умеренной и тяжёлой степенью функциональных нарушений, повышающих потребность в долговременной

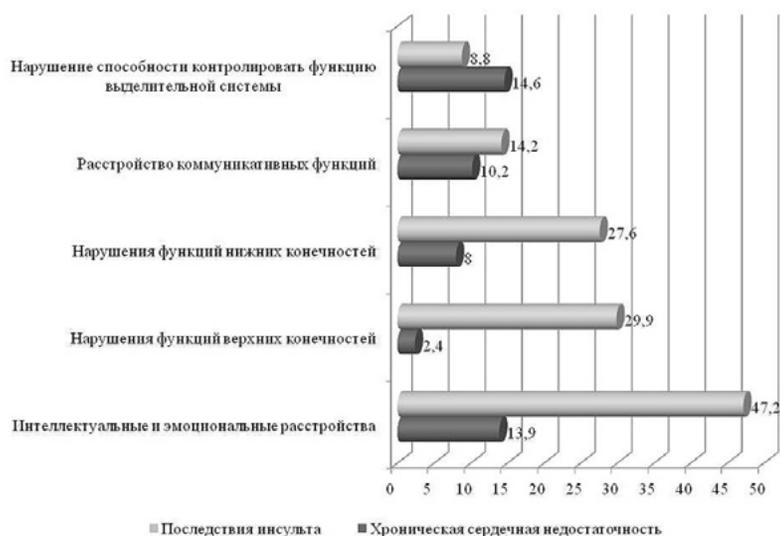


Рис. 1. Сравнительный анализ профиля интегральных функциональных нарушений умеренной степени выраженности у пациентов пожилого и старческого возраста с последствиями инсульта и хронической сердечной недостаточностью III–IV функционального класса; * между группами $p=0,02$

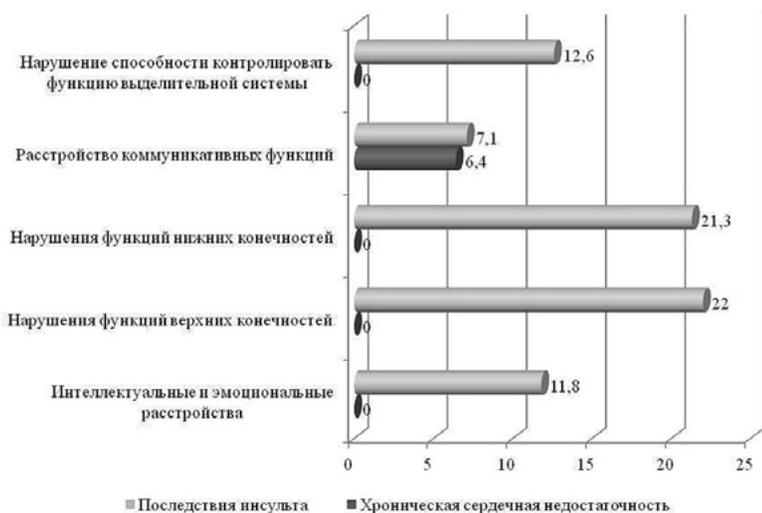


Рис. 2. Сравнительный анализ профиля интегральных функциональных нарушений тяжёлой степени выраженности у пациентов пожилого и старческого возраста с последствиями инсульта и хронической сердечной недостаточностью III–IV функционального класса; * между группами $p=0,02$

медико-социальной помощи и реабилитации, соответственно требующих больших ресурсных затрат.

Анализ результатов исследования показал, что ограничения жизнедеятельности умеренной степени выраженности по основным показателям функционирования у пациентов пожилого и старческого возраста с последствиями инсульта были представлены нарушениями, связанными с эмоциональной сферой, и нарушениями функций конечностей (рис. 1).

При хронической сердечной недостаточности III–IV функционального класса преобладали нарушения, связанные с дефицитом способности контролировать функции выделительной системы и нарушения эмоциональной сферы. Тяжёлые нарушения функционирования, приводящие к полной потере способности самообслуживания, при последствиях инсульта были разнородны, преобладали нарушения функций верхних и нижних конечностей (рис. 2).

Для сравнения, при хронической сер-

дечной недостаточности III–IV функционального класса присутствовали тяжёлые нарушения коммуникативных способностей, связанные с расстройствами слуха и зрения. По остальным позициям пациенты не имели расстройств тяжёлой степени выраженности.

Своевременная оценка степени функционального дефицита у лиц пожилого и старческого возраста дополняет медико-социальные и психолого-социальные характеристики пациента, позволяя выявить целевые группы с умеренной и тяжёлой степенью функционального дефицита, актуального в плане перераспределения ресурсов для оказания долгосрочной медико-социальной помощи в соответствии с концепцией её адресности и индивидуальности.

ВЫВОДЫ

1. При неонкологической патологии пациенты пожилого и старческого возраста гетерогенны по степени функционального дефицита.

2. Более тяжёлую степень функционального дефицита, коррелирующего с высокой потребностью в паллиативной медико-социальной помощи, чаще имели пациенты после перенесённого инсульта с преобладанием нарушений функций верхних и нижних конечностей, тогда как при хронической сердечной недостаточности III–IV функционального класса преобладали коммуникативные расстройства.

3. Оценка функциональных возможностей и степени их ограничений у пациентов

старшей возрастной группы позволяет активизировать объём и виды долговременной медико-социальной помощи.

Автор заявляет об отсутствии конфликта интересов по представленной статье.

ЛИТЕРАТУРА

1. Dracup K., Walden J.A., Stevenson L.W. et al. Quality of life in patients with advanced heart failure. *J. Heart Transplant.* 2002; 11: 273–279. PMID: 1576133.
2. Forster A., Lambley R., Hardy J. et al. Rehabilitation for older people in long-term care. *Cochrane Database Systems Review.* 2009; (1): CD004294. DOI: 10.1002/14651858.CD004294.pub2.
3. Clark A.L. Origin of symptoms in chronic heart failure. *Heart.* 2006; 92: 12–16. DOI: 10.1136/hrt.2005.066886.
4. Pantilat S.Z., Steimle A.E. Palliative care for patients with heart failure. *JAMA.* 2004; 291: 2476–2482. DOI: 10.1001/jama.291.20.2476.
5. *Clinical Practice Guidelines for Quality Palliative care.* National Consensus Project for Quality Palliative care. USA. 2009; 243–254.
6. Collins J., Noble S., Chester J. et al. The assessment and impact of sarcopenia in lung cancer: a systematic literature review. *BMJ Open.* 2014; 4: e003697. DOI: 10.1136/bmjopen-2013-003697.
7. Kim T.N., Yang S.J., Yoo H.J., et al. Prevalence of sarcopenia and sarcopenic obesity in Korean adults: the Korean sarcopenic obesity study. *Int. J. Obes. (Lond.).* 2009; 33: 885–892. DOI: 10.1038/ijo.2009.130.
8. *Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации.* Руководство для врачей и научных работников. Под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щепетовой. М.: Антидор. 2002; 87–90. [*Shkaly, testy i oprosniki v meditsinskoy reabilitatsii.* Rukovodstvo dlya vrachey i nauchnykh rabotnikov. (Scales, tests and questionnaires in medical rehabilitation. Guide for physicians and scientists.) Ed. by A.N. Belova, O.N. Shechetova. Moscow: Antidor. 2002; 87–90. (In Russ.)]
9. Hoover M., Rotermann M., Sanmartin C., Bernier J. Validation of an index to estimate the prevalence of frailty among community-dwelling seniors. *Health Reports.* 2013; 24: 10–17. PMID: 24258362.