

ОСТЕОАРТРОЗ ТАЗОБЕДРЕННЫХ СУСТАВОВ И СИНДРОМ ГИПОМОБИЛЬНОСТИ У ЛЮДЕЙ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА

В. Фесенко, кандидат медицинских наук
Белгородский государственный национальный
исследовательский университет
E-mail: fesenko@bsu.edu.ru

Представлена модель гериатрической помощи при синдроме гипомобильности на основе кластерного подхода, позволяющая повысить степень социализации пациентов пожилого возраста и качество их жизни.

Ключевые слова: синдром гипомобильности, остеоартроз тазобедренных суставов, пожилой возраст.

С увеличением в популяции удельного веса людей пожилого и старческого возраста наблюдается закономерный процесс «гериатризации» медицины [1–3] с накоплением научной информации и практического опыта, учитывающих особенностей диагностики, лечения и реабилитации больных пожилого и старческого возраста [4, 5]. В международной практике большое внимание уделяется синдромам, сопровождающим разнообразные заболевания, лечением которых занимаются специалисты в области гериатрии [6, 7].

Целью данного исследования было разработать комплексную модель ведения пациентов пожилого возраста с синдромом гипомобильности (СГ) на основе кластерного подхода для повышения качества их жизни.

Исследование проводили в несколько этапов:

- 1) клинико-эпидемиологическое исследование распространенности СГ и его причин у людей пожилого возраста;
- 2) оценка патофизиологических механизмов развития СГ, связанных с нарушениями биомеханики ходьбы и устойчивости;
- 3) оценка психологического состояния пациентов пожилого возраста с СГ;
- 4) обоснование и апробация системы комплексной реабилитации людей пожилого возраста с СГ.

Всего в исследовании участвовали 1829 человек среднего возраста (от 40 до 59 лет; средний возраст $47,2 \pm 2,3$ года; мужчин – 882, женщин – 947) и 2362 обследованных пожилого возраста (от 60 до 74 лет; средний возраст $68,6 \pm 2,2$ года; мужчин – 997 женщин – 1365). Основные гериатрические синдромы оценивали в соответствии с принципами специализированного гериатрического осмотра (СГО) [8].

При статистической обработке данных использованы методы параметрической и непараметрической статистики. Полученные результаты были внесены в электронные таблицы Excel, математико-статистическая обработка выполнена с использованием программы Statgraphics plus for Windows, версия 7.0. Оценку значимости различий 2 совокупностей проводили с применением t-критерия Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Применяли также факторный анализ с определением факторной нагрузки; проводили многомерный биометрический анализ по методу G. Apton.

Клиническая эпидемиология СГ в пожилом возрасте. Проведенное нами исследование показало, что с точки зрения клинической эпидемиологии СГ присущи возрастные различия. Так, в среднем возрасте он как клинический и медико-социальный синдром встречался у 18,2% пациентов терапевтического, неврологического и ортопедо-травматологического профилей, а в пожилом – достоверно чаще – у 48,5% больных. При этом СГ в пожилом возрасте занимал 1-е место среди других гериатрических синдромов, в отличие от этого в среднем возрасте он занял только 3-е место (после синдромов тревожно-депрессивных расстройств, а также нарушений сна). Риск развития и усугубление выраженности СГ при полиморбидных состояниях в пожилом возрасте в целом возрастали в арифметической прогрессии (при этом прирост риска составлял от 10 до 18% каждые 5 лет), а при сочетании остеоартроза тазобедренных суставов (ОТС) и патологии нервно-психической сферы – в геометрической прогрессии с приростом риска от 32 до 58% каждые 5 лет. Это отличало развитие СГ в пожилом возрасте от такового в среднем возрасте, когда он прогрессировал, подчиняясь законам частичного накопления.

Клинико-патофизиологические аспекты развития СГ у людей пожилого возраста с позиций изучения биомеханики. Наиболее неблагоприятным вариантом полиморбидности по развитию СГ у пожилых было сочетание ОТС с дисциркуляторной энцефалопатией (ДЭ), поэтому исследование патофизиологических аспектов было направлено на изучение указанной ситуации. Было выявлено, что у пожилых людей без выраженной патологии (здоровые) степень устойчивости составила $22,1 \pm 1,4$ балла, при ОТС – $16,9 \pm 1,4$ балла, при ДЭ – $15,7 \pm 1,3$ балла, при сочетании ОТС и ДЭ – $11,0 \pm 1,1$ балла (во всех случаях $p < 0,05$ по сравнению с показателем у здоровых людей, а при сочетанной патологии – и с 2 предыдущими группами).

Балльная оценка общей двигательной активности при отсутствии значимой патологии у людей пожилого возраста составляла $38,3 \pm 2,2$ балла, что соответствовало норме. В то же время при отдельных заболеваниях выявлены нарушения общей двигательной активности, которая при ОТС составила $26,8 \pm 1,3$ балла, при ДЭ – $29,2 \pm 2,2$ балла, при сочетании ОТС и ДЭ – $21,3 \pm 1,6$ балла (во всех случаях $p < 0,05$ по сравнению с показателем у здоровых, а при сочетанной патологии – и с 2 предыдущими группами).

Психический статус пожилых больных с СГ. При применении Индекса общего психического благополучия у пожилых людей без ограничений передвижения итоговый результат составил $88,2 \pm 2,5$ балла, при ОТС – $66,4 \pm 2,9$ балла, при ДЭ – $61,1 \pm 1,8$ балла, при сочетании ОТС и ДЭ – $54,5 \pm 3,4$ балла (во всех случаях $p < 0,05$ по сравнению с показателем у здоровых, а при сочетанной патологии – и с 2 предыдущими группами).

Аналогичные закономерности выявлены при анализе суммарного балла по субшкалам: «Тревога» – соответственно $22,3 \pm 2,2$; $16,1 \pm 0,2$; $15,8 \pm 0,4$ и $11,4 \pm 1,1$ балла, «Общее здоровье» – $12,3 \pm 0,2$; $9,0 \pm 0,2$; $9,1 \pm 0,3$ и $7,2 \pm 0,4$ балла, «Эмоциональное благополучие» – $16,3 \pm 0,3$; $13,1 \pm 1,1$; $12,9 \pm 0,2$ и $10,1 \pm 0,3$ балла, «Жизненная энергия» – $12,7 \pm 0,2$; $10,2 \pm 0,3$; $10,1 \pm 0,2$ и $7,1 \pm 0,1$ балла, «Депрессия» – $12,6 \pm 0,3$; $10,3 \pm 0,4$; $9,9 \pm 0,3$ и $7,3 \pm 0,3$ балла.

У пожилых людей без ограничений передвижения отмечалась самая высокая мотивация к улучшению своего состояния — $32,9 \pm 1,4$ балла. При ОТС она составила $24,5 \pm 2,8$ балла, при ДЭ — $22,5 \pm 1,7$ балла, при сочетании ОТС и ДЭ — $16,4 \pm 1,4$ балла (во всех случаях $p < 0,05$ по сравнению с показателем у здоровых, а при сочетанной патологии — и с 2 предыдущими группами). Таким образом, наличие патологии, приводящей к ограничению передвижения, характеризовалось снижением мотивации к восстановлению нарушенных функций, ведущих к ограничению жизнедеятельности.

СГ как кластер для разработки лечебно-реабилитационных гериатрических программ. Больные пожилого возраста с СГ с нозологической точки зрения представляют собой разнородную группу, что при обилии факторов, вызывающих данный синдром, затрудняет принятие конкретных клинических решений и не позволяет четко прогнозировать медико-социальные цели реабилитационного воздействия. Вместе с тем анализ результатов, представленных в предыдущих разделах, показывает, что пациентам пожилого возраста с СГ присущи общие характеристики, которые можно классифицировать следующим образом: 1) схожие патофизиологические явления, характеризующие нарушения биомеханики; 2) однотипные варианты нарушений психического статуса; 3) схожие медико-социальные последствия.

В этом случае объединяющими признаками (вместо нозологической формы) являются гипомобильность как гериатрический синдром и единая новая ситуация в течении разных заболеваний. С учетом этого в связи с различными причинами возникновения определенной клинико-социальной ситуации, но одинаковыми последствиями и, соответственно, схожими лечебно-реабилитационными целями, СГ можно рассматривать как кластер при разработке лечебно-реабилитационных программ для данного контингента пациентов.

Анализ полученных нами результатов показал, что при сопоставимых структурных изменениях суставов ОТС у больных среднего возраста протекал более манифестно, с различными жалобами и большей их выраженностью, изменениями местного статуса. Однако классическая клиническая оценка, позволяющая оценить тяжесть клинической картины, не давала возможности определить степень, характер ограничения жизнедеятельности и медико-социальную тяжесть ситуации.

Продолжение поиска путей улучшения диагностики возрастзависимых состояний, характерных для пожилых с СГ, способствовало разработке предлагаемой программы медико-социальной диагностики при данном гериатрическом синдроме.

СГО при СГ включал применение следующих опросников и шкал: для изучения возрастных особенностей общей устойчивости и походки — шкалы оценки двигательной активности у пожилых; для оценки риска развития сопутствующего синдрома мальнутриции — опросника риска развития мальнутриции Топинковой; когнитивные способности пациентов оценивали с помощью опросника «Мини-исследование умственного состояния» (син.: тест мини-ментал, Mini-mental state examination), уровень депрессии — по опроснику депрессии Бека (Beck Depression Inventory), степень независимости — по шкале Бартеля; оценку морального статуса проводили по опроснику Philadelphia geriatric morale scale, качество жизни (КЖ) — по опроснику SF-36 [8].

Использование методов и приемов СГО позволило выявить, что, несмотря на сопоставимость патологических изменений в тазобедренных суставах у пациентов среднего и пожилого возраста и их однородность, общее состояние обследованных пожилого возраста характеризовалось специфическими признаками, обусловленными медико-социальной дисфункцией.

Так, у пожилых с ОТС (в отличие от обследованных среднего возраста) формировался риск развития синдрома мальнутриции, снижались когнитивные способности, более низкими были показатели, характеризующие моральное состояние, отмечалась достоверно более высокая зависимость от посторонних лиц в повседневной деятельности, снижалось КЖ. Это диктовало необходимость особого, комплексного, социально ориентированного подхода к лечению людей пожилого возраста с ОТС в сочетании с ДЭ.

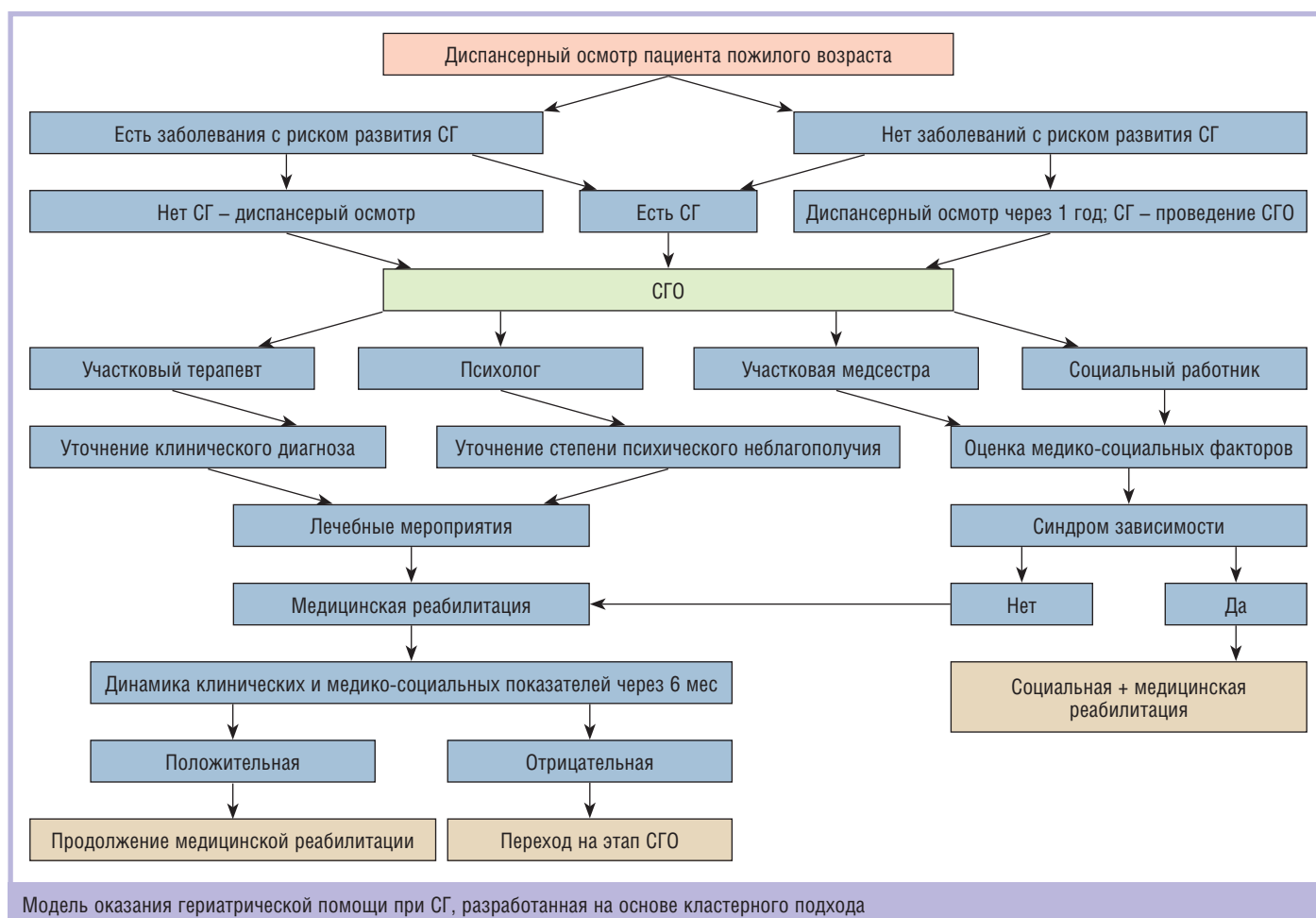
Предложенный нами бригадный метод реализации лечебно-реабилитационных программ у людей пожилого возраста с СГ включает следующие основные положения:

- привлечение родственников с обучением их особенностям ухода за пожилыми с СГ. Мы проводили 5 занятий с разъяснением особенностей пожилого организма, рисков у пожилых, правил питания, особенностей лечения и реабилитации в этом возрасте;
- подключение к ведению пациентов пожилого возраста социальных служб, функция которых заключалась не только в обеспечении продуктами питания, но и вовлечении курируемых в специальные клубы по интересам с целью повышения степени социализации пациентов;
- регуляция питания (количественный состав, режим питания), усиление контроля родственниками своевременности приема медикаментов;
- консультации психолога и психотерапевта с последующей разработкой программ специального лечения и реабилитации пациентов с целью повышения их когнитивных способностей, улучшения морального статуса;
- коррекция медикаментозного лечения основных заболеваний — причин СГ — в результате комплексного комиссионного осмотра пациентов пожилого возраста гериатром, терапевтом, неврологом.

Под влиянием примененного бригадного метода повысилась степень социализации пациентов. Так, невысокая до лечения приверженность проводимой терапии (26,7%) через 3 мес на фоне применения бригадного метода статистически достоверно возросла до 77,4% ($p < 0,05$), увеличились число пациентов с адекватизацией статуса и режима питания (с 45,2 до 87,1%) и охват общественными социальными мероприятиями (с 12,9 до 93,5%), а также число пациентов, лечащихся в соответствии с разработанными протоколами (с 32,6 до 96,8%); различия во всех случаях статистически достоверны ($p < 0,05$).

При внедрении бригадного принципа помощи сократилось количество жалоб больных, в частности на суставные боли — с 96,8 до 70,9%, на ограничение подвижности суставов при движении — с 77,4 до 45,2% ($p < 0,05$).

При бригадном методе ведения пожилых пациентов достоверно снижалась распространенность пальпаторной болезненности в области пораженных суставов, но практически не было изменений таких местных проявлений заболевания, как деформация суставов, ограничение объема движений, атрофия периартикулярных тканей. В то же время предложенная модель гериатрической помощи при СГ обусловила положительную динамику когнитивных способ-



ностей пожилых, которые повысились с $21,7 \pm 0,2$ до $28,9 \pm 0,2$ балла ($p < 0,05$). В итоге КЖ пациентов улучшилось в среднем на 26,2%.

Предлагаемая модель оказания гериатрической помощи при СГ, разработанная на основе кластерного подхода, представлена на рисунке. Применение бригадного метода ведения пациентов пожилого возраста, основанного на рассмотрении СГ как кластера для оказания гериатрической помощи, позволило обосновать необходимость проведения целевого СГО с коррекцией на его основе мер медико-социальной реабилитации, что способствовало достоверному улучшению клинической симптоматики; когнитивных способностей, повышению социализации больных пожилого возраста и, как результат, — их КЖ.

Литература

1. Williams B., Remington T., Foulk M. et al. Teaching interdisciplinary geriatrics ambulatory care: a case study // Gerontol. Geriatr. Educ. – 2006; 26 (3): 29–45.
2. Голубева Е.Ю., Данилова Р.И. Характеристика темпов старения у лиц пожилого возраста на Европейском Севере // Успехи геронтол. – 2012; 25 (1): 45–8.

3. Wong R., Lee P. Teaching physicians geriatric principles: a randomized control trial on academic detailing plus printed materials versus printed materials only // J. Gerontol. a Biol. Sci. Med. Sci. – 2004; 59 (10): 1036–40.

4. Duursma S., Overstall P. Geriatric medicine in the European Union: future scenarios // Z. Gerontol. Geriatr. – 2003; 36 (3): 204–15.

5. Fry C. Globalization and the experiences of aging // Gerontol. Geriatr. Educ. – 2005; 26 (1): 9–22.

6. Macko R., Benvenuti F., Stanhope S. et al. Adaptive physical activity improves mobility function and quality of life in chronic hemiparesis // J. Rehab. Res. Dev. – 2008; 45 (2): 323–8.

7. Мазуров В.И., Онущенко И.А. Остеоартроз. Клиническая ревматология. Руководство для практических врачей. Под ред. В.И. Мазурова / СПб: ООО «Издательство Фолиант», 2001; 4–12, 338–71.

8. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Кривецкий В.В. и др. Особенности клинического осмотра пациента пожилого и старческого возраста // Успехи геронтол. – 2013; 26 (3): 472–5.

HIP OSTEOARTHRITIS AND HYPOMOBILITY SYNDROME IN THE ELDERLY

V. Fesenko, Candidate of Medical Sciences
Belgorod State National Research University

The paper describes the cluster-based geriatric care model in elderly patients with hypomobility syndrome, which can increase the degree of their socialization and quality of life.

Key words: hypomobility syndrome, hip osteoarthritis, elderly age.