

СИНДРОМ ОСТРОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА

К.И. Прощаев, проф., А.Н. Ильницкий, проф.

Институт повышения квалификации Федерального медико-биологического агентства, Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», Москва

E-mail: a-ilnitski@yandex.ru

Рассмотрено новое для отечественной практики понятие функциональной способности, которая характеризует степень взаимодействия пожилого человека с окружающим миром.

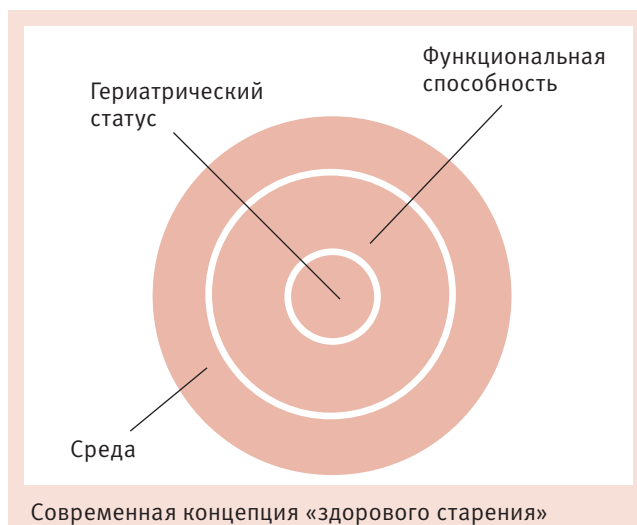
Ключевые слова: функциональная способность, синдром острого функционального дефицита, вопросы сестринской профилактики, гериатрия.



Современная гериатрия – раздел медицинской науки и практики, ориентированный на выявление синдрома старческой астении и проведение комплексных мер по его профилактике и преодолению. Следует отметить, что в последние несколько лет подходы в области геронтологии и гериатрии значительно изменились, введены новые понятия. В частности, в настоящее время говорят не об «активном старении», а о «здоровом старении». При этом под здоровым старением понимают не отсутствие заболеваний, а функциональную способность, которая обусловлена состоянием здоровья (статусом) и средой обитания. Например, у пожилого пациента имеет место артроз тазобедренных и коленных суставов с ограничением их подвижности и болевым синдромом (гериатрический статус). Если среда обитания – благоприятная, т.е. пациент пользуется тростью при передвижении, в квартире нет скользких и неудобных покрытий, во дворе дома имеется безбарьерное пространство, а для передвижения на далекое расстояние пациент располагает машиной или скутером, то неудобства, связанные с заболеванием, не ощущаются. Пациент с остеоартрозом может быть столь же мобильным, как и человек его возраста без подобной патологии. То есть «здоровое

старение», с одной стороны, обеспечено комплексом мер по лечению остеоартроза, а, с другой, – такой средой, которая минимизирует неудобства, связанные с заболеванием. Иначе говоря, «здоровое старение» – это максимально возможный уровень функциональной способности, достижимый на стыке гериатрического статуса (состояние здоровья) и среды (см. рисунок) [1].

Функциональная способность – важнейшая характеристика здоровья пациента пожилого и старческого возраста. Внезапное, резкое снижение функциональной способности получило название синдрома острого функционального дефицита. У пациентов пожилого и старческого возраста заболевания, включая острые, протекают без ярко выраженных симптомов или бессимптомно. При этом заболевание может быть тяжелым, часто – инвалидизирующим; со склонностью к рецидивам, переходу острых форм в хронические, с учащением осложнений, которые развиваются быстро и ведут к функциональной декомпенсации пораженной системы [3, 4]. Нередко единственным первым манифестным признаком заболевания является синдром острого функционального дефицита, появление которого должно насторожить в отношении наличия серьезной патологии и побудить к быстрому диагностическому поиску с последующим лечением и реабилитацией [2].



К факторам риска развития синдрома острого функционального дефицита причисляют: возраст – чем человек старше, тем выше риск развития рассматриваемого клинического состояния; наличие когнитивного дефицита; делирий и депрессию в анамнезе; исходно низкий уровень функциональной способности; частые и длительные госпитализации.

В качестве непосредственных причин синдрома острого функционального дефицита наиболее часто выступают: инфаркт миокарда; пневмония; тяжелые вирусные заболевания; острая патология желудочно-кишечного тракта или обострение хронической; остро возникший дефицит жидкости или недостаточность питания; острый болевой синдром или выраженное обострение хронического; полипрагмазия с развившимся побочным действием препаратов; хроническая скрытая кровопотеря с формированием анемического синдрома и др. [5].

Для объективной оценки функциональной способности применяются различные опросники и шкалы. Так, степень независимости больного от посторонней помощи в повседневной жизни оценивают по шкале Бартела, которая включает в себя следующие вопросы.

- А. Прием пищи: не нуждаюсь в помощи, способен самостоятельно пользоваться всеми необходимыми столовыми приборами (10 баллов); частично нуждаюсь в помощи, например при разрезании пищи (5 баллов); полностью зависю от окружающих, например необходимо кормление с посторонней помощью (0 баллов).
- Б. Персональный туалет: умывание, причесывание, чистка зубов, бритье (10 баллов); не нуждаюсь в помощи (5 баллов); нуждаюсь в помощи (0 баллов).
- В. Одевание: не нуждаюсь в посторонней помощи (10 баллов); частично нуждаюсь в помощи, например при надевании обуви, застегивании пуговиц и т.д. (5 баллов); полностью нуждаюсь в посторонней помощи (0 баллов).
- Г. Прием ванны: принимаю ванну без посторонней помощи (5 баллов); нуждаюсь в посторонней помощи (0 баллов).
- Д. Контроль тазовых функций (мочеиспускание, дефекация): не нуждаюсь в помощи (20 баллов); частично нуждаюсь в помощи (при использовании клизмы, свечей, катетера – 10 баллов); постоянно нуждаюсь в помощи в связи с грубым нарушением тазовых функций (0 баллов).
- Е. Посещение туалета: не нуждаюсь в помощи (10 баллов); частично нуждаюсь в помощи

(удержание равновесия, использование туалетной бумаги, снятие и надевание брюк и т.д.) (5 баллов); нуждаюсь в использовании судна, утки (0 баллов).

- Ж. Вставание с постели: не нуждаюсь в помощи (15 баллов); нуждаюсь в наблюдении или минимальной поддержке (10 баллов); могу сесть в постели, но чтобы встать, нужна существенная поддержка (5 баллов); не способен встать с постели даже с посторонней помощью (0 баллов).
- З. Передвижение: могу без посторонней помощи передвигаться на расстояния до 500 м (15 баллов); могу передвигаться с посторонней помощью в пределах 500 м (10 баллов); могу передвигаться с помощью инвалидной коляски (5 баллов); не способен к передвижению (0 баллов).
- И. Подъем по лестнице: не нужна помощь (10 баллов); нуждаюсь в наблюдении или поддержке (5 баллов); не способен подниматься по лестнице даже с поддержкой (0 баллов).

Повседневный самоуход оценивается в баллах. Суммарная оценка варьирует от 0 до 100 баллов. Суммарный балл от 0 до 20 соответствует полной зависимости больного, от 21 до 60 – выраженной зависимости, от 61 до 90 – умеренной, от 91 до 99 – легкой; оценка в 100 баллов соответствует полной независимости. Резкое снижение бытовой активности пациента, выявленное с помощью шкалы Бартела, свидетельствует о наличии синдрома острого функционального дефицита [6].

При выявлении синдрома острого функционального дефицита необходимо срочно обследовать пациента для выявления причин снижения функциональной способности. Следует помнить, что диагностика нередко сопряжена со следующими трудностями [7]:

- невозможность доставки пациента на исследование (например, если у пациента – тяжелое хроническое заболевание и он находится дома);
- невозможность адекватного обследования в связи с тяжелым состоянием пациента (у лежачих больных рентгенография органов грудной клетки проводится не в вертикальном, а в горизонтальном положении, что может затруднить интерпретацию результатов исследования);
- искажение результатов исследования в связи с особенностями состояния больного (например, регистрация ЭКГ у пациента с болезнью Паркинсона и ее интерпретация);
- сложности интерпретации результатов исследования из-за наличия сопутствующей пато-

логии (диагностика и определение степени геморрагического шока у пациента с желудочно-кишечным кровотечением и АД 120/80 мм рт. ст. при исходно нелеченной артериальной гипертензии);

- расширение противопоказаний к проведению тех или иных исследований в связи с возрастом пациента и состоянием ряда органов и систем (например, ограничено применение велоэргометрии);
- контакт с пациентом во время исследования затруднен вследствие имеющихся у него психоэмоциональных нарушений, снижения слуха и др.

Нередко приведенные проблемы сочетаются с синдромом острого функционального дефицита, что ни в коей мере не должно являться препятствием к проведению диагностического поиска.

При рассматриваемом синдроме нарушается способность к передвижению из-за саркопении и когнитивных нарушений, что очень затрудняет повседневную жизнедеятельность. Это, как правило, усугубляется апатией и сниженным фоном настроения, нарушением памяти, дефицитом деятельности сенсорных систем, снижением массы тела и другими проявлениями синдрома недостаточности питания, хроническим болевым синдромом, иммунодефицитным состоянием со склонностью к развитию повторных инфекций. По мере усугубления синдрома острого функционального дефицита развиваются полная обездвиженность (пациент может только совершать какие-то движения в пределах постели), недержание мочи, повторные делириозные состояния, выраженные изменения статуса питания с метаболическим ацидозом; до минимального уровня снижаются социальные контакты [8].

В ведении таких пациентов на первый план выступает, безусловно, диагностика заболеваний, которые привели к резкому снижению уровня функциональной способности; далее реализуется комплекс мер по их купированию.

Медико-социальная сестринская помощь пациентам с синдромом острого функционального дефицита включает в себя ряд моментов. Разумеется, на 1-м месте – организация диспансерного наблюдения, разработка плана диспансеризации с целью предупреждения прогрессирования и развития осложнений старческой астении и других возрастзависимых состояний; затем к осуществлению ухода подключают не только медицинский персонал, но и социальных

работников. Важно провести ревизию рациона больного, его оптимизацию; исключить применение лекарственных препаратов, способствующих снижению аппетита. Необходима коррекция психического статуса, в том числе – путем назначения антидепрессантов при наличии признаков тревожно-депрессивного синдрома. Неотъемлемый компонент ведения пациента – физическая реабилитация с целью обеспечения должного уровня физической активности, создания мотивации к движению, укрепления мышечной силы и выносливости. И, наконец, представляется необходимым создание условий, при которых у пациента сохраняется чувство человеческого достоинства и исключено насилие в какой бы то ни было форме [1, 2, 8].

Таким образом, функциональная способность – ключевое понятие современной гериатрии, характеризующее степень взаимодействия пожилого человека с окружающим миром. Особенностью организма пожилого пациента представляется скрытое течение заболеваний, в результате чего нередко в качестве первого и единственного признака острого заболевания или обострения хронической патологии выступает синдром острого функционального дефицита.

Литература

1. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Специализированный гериатрический осмотр // Геронтол. журн. им. В.Ф. Купревича. – 2012; 4–5: 66–84.
2. Коновалов С.С., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. и др. Профилактическая нейроиммуноэндокринология. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2008. – 347 с.
3. Прощаев К.И., Ильницкий А.Н., Коновалов С.С. Избранные лекции по гериатрии. – СПб.: Прайм-Еврознак, 2007. – 778 с.
4. Руководство по геронтологии. Под ред. В.Н. Шабалина. – М.: Цитадель-Трейд, 2005. – 796 с.
5. Сыров А., Шмелева Н. Пациент с одышкой на амбулаторном приеме // Врач. – 2016; 1: 86–87.

ACUTE FUNCTION DEFICIT SYNDROME

Prof. K.I. Proshchayev, Prof. A.N. Ilnitsky

Advanced Training Institute, Federal Biomedical Agency of Russia, Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper considers the concept of functional capacity that characterizes the interaction of an elderly man with the environment, which is new for Russian practice.

Key words: functional capacity, acute function deficit, issues of nursing prophylaxis.