

МЕДИКО-СОЦИАЛЬНЫЕ ОСОБЕННОСТИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ ПЕРЕДВИЖЕНИЯ: ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ЛИЧНОСТИ ЧЕЛОВЕКА

Вашура А.С.¹, Фесенко В.В.¹, Литвинов А.Е.², Ильницкий А.Н.³, Перелыгин К.В.⁴, Кривецкий В.В.¹, Фесенко Э.В.¹

¹ Белгородский государственный национальный исследовательский университет.

² Белгородский областной госпиталь инвалидов войн.

³ АНО «НИМЦ «Геронтология».

⁴ Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии.

На современном этапе развития гериатрии чрезвычайную важность приобретает разработка методов диагностики, а также лечения и реабилитации нарушений передвижения как общегериатрического синдрома, имеющего огромное медико-социальное значение. В статье приведены данные собственных исследований по выявлению состояния общего психологического благополучия при нарушении функции передвижения у людей пожилого возраста. Показано, что патология, которая сопровождается нарушением функции передвижения, характеризуется достоверно более неблагоприятными показателями психологического фона по сравнению с группой испытуемых без двигательных расстройств, что свидетельствует о важности проведения соответствующих корригирующих мероприятий. Нарушение функции передвижения как таковое также сопряжено со снижением уровня общего психологического благополучия, со снижением уровня мотивации к улучшению двигательной функции и тревожно-депрессивным синдромом.

Ключевые слова: пожилые, функция передвижения, психологическое благополучие.

MEDICO-SOCIAL DISTINCTIONS OF MOVEMENT FUNCTION ABNORMALITY: PSYCHOLOGICAL PECULIARITIES OF HUMAN PERSONALITY

Vashura A.S.¹, Fesenko V.V.¹, Litvinov A.E.², Ilitski A.N.³, Perelygin K.V.⁴, Krivetsky V.V.¹, Fesenko E.V.¹

¹ Belgorod National Research University.

² Belgorod Regional Hospital for elders (Belgorod, Russia).

³ Researching Medical Center "Gerontology" (Moscow, Russia).

⁴ St.Petersburg institute of bioregulation and gerontology.

At this stage of geriatrics development working out diagnostic techniques is getting extreme importance on equal terms with treatment and rehabilitation of movement function abnormality cases as a general geriatric syndrome which presents great medico-social importance. The paper presents unique research data on detecting general psychological weightness in case of movement function abnormality with elderly patients. It is presented that this pathology which is followed with movement function abnormality is characterized with reliably worse markers of psychological background in comparison with the group of patients without movement disorder. This goes to prove that carrying out respective resolving arrangements is extremely important. Movement function abnormality is associated with lowering the degree of psychological weightness along with the degree of motivation of improving motor function and anxiodepressive syndrome.

Keywords: elders, movement function, psychological weightness.

Введение. Современные гуманные общественные принципы гериатрии ставят во главу угла медицинской помощи людям пожилого возраста их максимально возможную социализацию и высокое качество жизни, в том числе посредством коррекции и восстановления такой важной функции, как передвижение [1-3]. Это возможно при выявлении, путем проведения комплексного осмотра, основных гериатрических синдромов, особенно ограничения двигательной активности, которые могут приводить к быстрому наступлению крайней формы инволютивных изменений [4; 5; 9]. В этой связи на современном этапе развития

гериатрии чрезвычайную важность приобретает разработка методов диагностики, а также лечения и реабилитации нарушений передвижения как общегериатрического синдрома, имеющего огромное медико-социальное значение [6].

Цель исследования - выявить состояние общего психологического благополучия при нарушении функции передвижения у людей пожилого возраста.

Материал и методы

Проведена оценка мотивации к улучшению двигательной функции пациентов пожилого возраста, которые были направлены с целью проведения реабилитационных мероприятий в неврологическое отделение Белгородского госпиталя инвалидов войн в 2010–2011 гг. Для этого сформировано шесть групп пациентов, характеристика которых представлена в таблице 1.

Таблица 1. Характеристика пациентов, включенных в исследование по изучению функции передвижения как гериатрического синдрома

Патология	Средний возраст (годы)	Объем наблюдения (n)
Дисциркуляторная энцефалопатия II стадии с явлениями атаксии	65,2±1,3	32
Последствия инсульта в вертебробазилярной системе	65,4±1,1	31
Деменция в легкой степени	65,0±1,4	30
Остеоартроз тазобедренных и коленных суставов	65,7±1,2	31
Дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия	65,2±1,1	30
Пожилые люди со второй группой здоровья (без выраженной патологии)	65,4±1,5	31

Критерии включения: дисциркуляторная энцефалопатия II степени с явлениями атаксии, развившаяся на фоне артериальной гипертензии и нарушений липидного обмена; последствия инсульта с легким гемипарезом; легкая степень деменции; наличие остеоартроза тазобедренного и коленного суставов с двусторонним поражением, первой – второй рентгенологической стадии по классификации Каллгрена (1980) и нарушением функции пораженных суставов не выше второго функционального класса по классификации В.Б. Смычека (2011) [6]; наличие умеренного болевого и рефлекторно-тонического синдрома на фоне дискогенного радикулита без критического выпадения позвоночного диска, при котором требуется оперативное лечение.

Критерии исключения: дисциркуляторная энцефалопатия первой или третьей степени, наличие когнитивных и интеллектуально-мнестических расстройств, затрудняющих контакт с больным, тяжелая сопутствующая патология, стадия декомпенсации сопутствующей

патологии; умеренный или выраженный неврологический дефицит, наличие когнитивных и интеллектуально-мнестических расстройств, затрудняющих контакт с больным, тяжелая сопутствующая патология, а также стадия декомпенсации сопутствующей патологии; деменция средней и тяжелой степени, которые значительно затрудняют продуктивный контакт с пациентом; остеоартроз тазобедренного и коленного суставов с двусторонним поражением третьей – четвертой рентгенологической стадии и нарушением функции пораженных суставов третьего – четвертого функционального класса; болевой и рефлекторно-тонический синдром легкой или тяжелой степени; выпадение межпозвонкового диска, требующее оперативного лечения; тяжелая сопутствующая патология, стадия декомпенсации сопутствующей патологии.

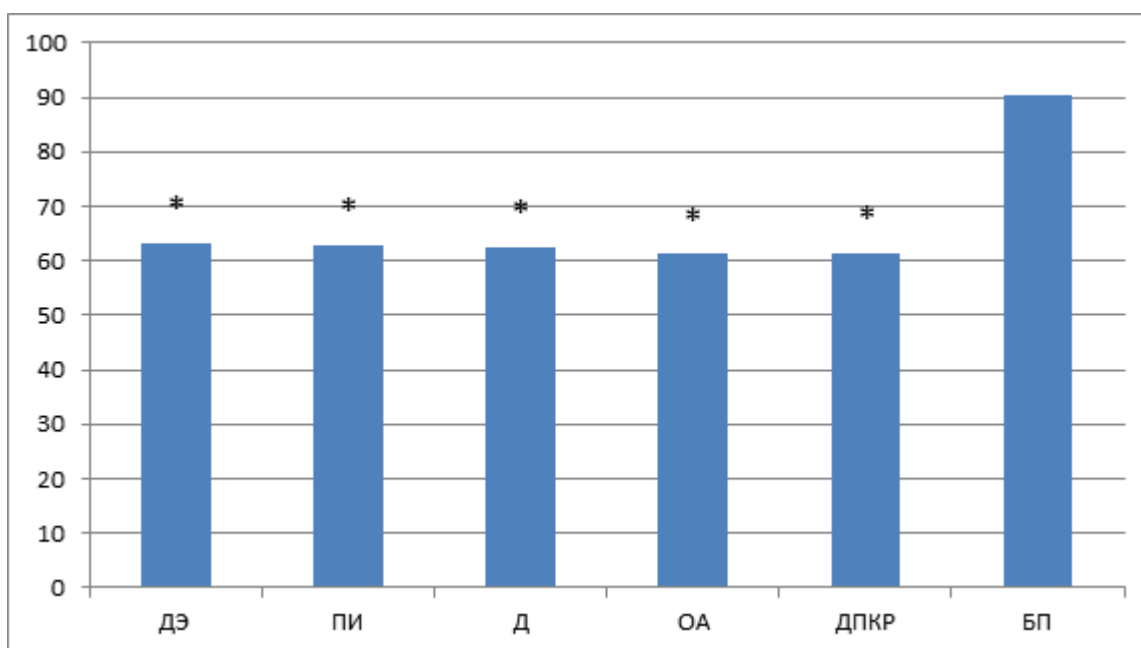
Мотивация к улучшению функции передвижения определена нами путем применения опросника «Восстановление локуса контроля» (Recovery Locus of Control) [10]. Применена также шкала «Индекс общего психологического благополучия» (Psychological General Well-Being Index) [7], которая позволяет дать оценку общего психологического фона пациента.

Результаты и их обсуждение

При подведении итогов опроса пациентов пожилого возраста с нарушением функции передвижения нами выявлено следующее.

Итоговый балл индекса общего психологического благополучия у здоровых людей пожилого возраста составлял $90,3 \pm 2,2$ балла, что достоверно выше по сравнению с пациентами, имеющими патологию, ограничивающую передвижение: дисциркуляторная энцефалопатия – $63,2 \pm 2,1$ балла, последствия инсульта – $63,0 \pm 2,3$ балла, деменция – $62,4 \pm 2,2$ балла, остеоартроз тазобедренных и коленных суставов – $61,2 \pm 2,2$ балла, дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия – $61,3 \pm 2,1$ балла, $p < 0,05$ (рисунок 1).

***Рис. 1.** Сравнительный анализ уровня общего психологического благополучия при патологии с ограничением передвижения (в баллах).*



Примечание: ДЭ – дисциркуляторная энцефалопатия, ПИ – последствия инсульта, Д – деменция, ОА – остеоартроз коленных и тазобедренных суставов, ППКР – дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия, БП – без патологии; * $p < 0,05$ по сравнению с нормой.

Аналогичные закономерности были выявлены при анализе суммарного балла по субшкалам. В частности, по субшкале «тревога» были получены следующие данные: здоровые пожилые люди – $20,4 \pm 1,3$ балла, дисциркуляторная энцефалопатия – $15,7 \pm 1,2$ балла, последствия инсульта – $15,8 \pm 1,3$ балла, деменция – $15,8 \pm 1,3$ балла, остеоартроз тазобедренных и коленных суставов – $14,7 \pm 1,2$ балла, дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия – $14,7 \pm 1,5$ балла, $p < 0,05$.

По субшкале «депрессия»: пожилые люди с сохранной двигательной функцией – $12,6 \pm 1,2$ балла, дисциркуляторная энцефалопатия – $8,6 \pm 1,3$ балла, последствия инсульта – $8,9 \pm 1,2$ балла, деменция – $8,7 \pm 1,2$ балла, остеоартроз тазобедренных и коленных суставов – $8,7 \pm 1,1$ балла, дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия – $8,9 \pm 1,2$ балла, $p < 0,05$.

По субшкале «самоконтроль»: пожилые люди без ограничений передвижения – $12,8 \pm 1,2$ балла, дисциркуляторная энцефалопатия – $9,5 \pm 1,1$ балла, последствия инсульта – $9,1 \pm 1,1$ баллов, деменция – $8,5 \pm 1,2$ балла, остеоартроз тазобедренных и коленных суставов – $9,4 \pm 1,2$ балла, дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия – $9,2 \pm 1,1$ балла, $p < 0,05$.

По субшкале «общее здоровье»: пожилые люди без ограничений передвижения – $12,1 \pm 1,1$ балла, дисциркуляторная энцефалопатия – $8,3 \pm 1,1$ балла, последствия инсульта – $8,3 \pm 1,2$ балла, деменция – $8,3 \pm 1,2$ балла, остеоартроз тазобедренных и коленных суставов – $7,2 \pm 1,1$ балла, дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия – $7,3 \pm 1,2$ балла, $p < 0,05$.

По субшкале «эмоциональное благополучие»: пожилые люди с сохранной функцией передвижения – 16,2±1,1 балла, дисциркуляторная энцефалопатия – 10,2±1,2 балла, последствия инсульта – 10,3±1,3 балла, деменция – 10,2±1,2 балла, остеоартроз тазобедренных и коленных суставов – 10,3±1,1 балла, дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия – 10,3±1,2 балла, $p < 0,05$.

По субшкале «жизненная энергия»: пожилые люди без ограничений функции передвижения – 12,4±1,1 балла, дисциркуляторная энцефалопатия – 8,3±1,2 балла, последствия инсульта – 8,1±1,1 балла, деменция – 8,3±1,2 балла, остеоартроз тазобедренных и коленных суставов – 8,3±1,1 балла, дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия – 8,3±1,2 балла, $p < 0,05$ (таблица 2).

Таблица 2. Итоговая оценка уровня общего психологического благополучия при патологии с нарушением передвижения (в баллах)

Субшкала	Изученная патология	ПИ	Д	ОА	ДПКР	БП
	ДЭ					
Тревога		15,7±1,2 *	15,8±1,3 *	15,8±1,3 *	14,7±1,2 *	14,7±1,5 *
Депрессия		8,6±1,3*	8,9±1,2*	8,7±1,2*	8,7±1,1*	8,9±1,2*
Самоконтроль		9,5±1,1*	9,1±1,1*	8,5±1,2*	9,4±1,2*	9,2±1,1*
Общее здоровье		8,3±1,1*	8,3±1,2*	8,3±1,2*	7,2±1,1*	7,3±1,2*
Эмоциональное благополучие		10,2±1,2 *	10,3±1,3 *	10,2±1,2 *	10,3±1,1 *	10,3±1,2 *
Жизненная энергия		8,3±1,2*	8,1±1,1*	8,3±1,2*	8,3±1,1*	8,3±1,2*

Примечание: ДЭ – дисциркуляторная энцефалопатия, ПИ – последствия инсульта, Д – деменция, ОА – остеоартроз коленных и тазобедренных суставов, ПКРП – дискогенная пояснично-крестцовая радикулопатия, БП – без патологии; * $p < 0,05$ по сравнению с нормой.

Следует отметить, что до настоящего времени в гериатрии отсутствует четкая концепция патогенеза этого синдрома, прежде всего в отношении биомеханики устойчивости и ходьбы, что требует проведения серьезных исследований в этом направлении. С учетом полиморбидности пожилого человека нельзя не отметить высокую роль изменений психологического фона при нарушениях передвижения, особенно такого его компонента, как мотивация к улучшению состояния. В этой связи особую значимость приобретают те исследования, в которых будет проводиться изучение особенностей биомеханики

передвижения в пожилом возрасте во взаимосвязи с общим психологически фоном, сопровождающим снижение двигательной активности как компонентов серьезной медико-социальной проблемы, ограничивающей качество жизни человека в пожилом возрасте [8].

Выводы

1. Патология, которая сопровождается нарушением функции передвижения, характеризуется достоверно более неблагоприятными показателями психологического фона по сравнению с группой испытуемых без двигательных расстройств, что свидетельствует о важности проведения соответствующих корригирующих мероприятий.
2. Нарушение функции передвижения сопряжено со снижением уровня общего психологического благополучия, а также, по сравнению со здоровыми пожилыми людьми, со снижением уровня мотивации к улучшению двигательной функции и тревожно-депрессивным синдромом.

Список литературы

1. Белова А.Н. Восстановительное лечение постинсультных больных в условиях амбулаторного центра промышленной реабилитации Горьковского автозавода (прогнозирование, методики контроля, промышленная трудотерапия) : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.00.13 / Казан. гос. ин-т усовершенств. врачей им. В.И. Ленина. – Казань, 1987. – 23 с.
2. Белова А.Н. Организация амбулаторной реабилитации неврологических больных // Неврологический журнал. – 1996. – № 3. – С. 26–32.
3. Варавина Л.Ю. Критерии оценки качества стационарной помощи пожилым больным с отоларингологической патологией / Л.Ю. Варавина, К.И. Прощаев, А.Н. Ильницкий, Д.С. Медведев, К.В. Перельгин // Успехи геронтологии. – 2010. – Т. 23. – № 1. – С. 149-153.
4. Горелик С.Г. Основные клинические синдромы в гериатрической практике / Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Журавлева Я.В., Перельгин К.В., Гурко Г.И. // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия Медицина. Фармация. – 2011. – № 22 (117). – Вып. 16/1. – С. 100-104.
5. Прощаев К.И. Физиотерапия в системе оказания медицинской помощи пожилым / Прощаев К.И., Медведев Д.С., Гурко Г.И., Перельгин К.В., Куницына Н.М. // Вестник Российского университета дружбы народов. Серия: Медицина – 2010. – № 4. – С. 420-422.
6. Смычек В.Б. Основы реабилитации (курс лекций). – Минск, 2000. – 132 с.
7. Dupuy H., Revicki D.A. Psychological General Well-Being Index. - NY, 1996. – 32 p.

8. Payette H., Shatenstein B. Determinants of healthy eating in community-dwelling elderly people // Can. J. Public Health. - 2005. - № 3. - P. 27-31.
9. Reichelt H.-G. Okkulte Verletzungen des Schenkelhalses bei Alters-Inaktivitätsosteoporose // Rontgen-Bl. - 1985. - Vol. 38. - P. 177-181.
10. Wade D.T. Commentary: measurement in rehabilitation // Age, ageing. – 1988. – № 17. – P. 289–292.

Рецензенты:

Прощаев Кирилл Иванович, д.м.н., профессор, директор Автономной некоммерческой организации «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва.

Медведев Дмитрий Станиславович, д.м.н., доцент, Санкт-Петербургский институт биорегуляции и геронтологии СЗО РАМН, г. Санкт-Петербург.