

ВОЗМОЖНОСТИ ПАЦИЕНТООРИЕНТИРОВАННОГО ПОДХОДА У ПАЦИЕНТОВ СТАРШЕЙ ВОЗРАСТНОЙ ГРУППЫ ПОСЛЕ ТРАВМ И ОПЕРАТИВНЫХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОМ АППАРАТЕ В УСЛОВИЯХ КОМОРБИДНОСТИ

Ефремов И.М., Ефремова Е.В., Мидленко В.И.

ФГБОУ ВО «Ульяновский государственный университет», Ульяновск, e-mail: contact@ulsu.ru

Коморбидность негативно влияет как на клиническое состояние пациента, так и на качество жизни и прогноз. Для пациентов старшей возрастной группы характерно наличие коморбидности и геронтологических синдромов, что обуславливает пациентоориентированный подход. Цель исследования: изучить когнитивный статус, качество жизни, личностный профиль пациентов старшей возрастной группы травматологического профиля в условиях коморбидности с позиции пациентоориентированного подхода. Обследованы 50 пациентов (14 мужчин и 36 женщин, средний возраст $71,5 \pm 8,1$ года), находившихся на лечении в травматологическом стационарном отделении. Все пациенты имели травму костного скелета, приведшую к длительному нахождению на постельном режиме. Коморбидность оценивали с помощью модифицированного индекса коморбидности (ИК) Чарлсон. С позиций пациентоориентированного подхода проводилось изучение когнитивных функций, качества жизни, личностных особенностей, внутренней картины у пациентов пожилого и старческого возраста. Исследование пациентов осуществлялось в период с 10-го по 14-й день нахождения пациента на постельном режиме в стационаре. ИК у пациентов составил 4 (3;5) балла. Более трети пациентов (19; 38%) имели высокую коморбидность. Профиль качества жизни пациентов с высоким уровнем коморбидности оказался ниже, чем у пациентов с низкой коморбидностью по физическому компоненту здоровья. В структуре внутренней картины болезни пациентов преобладал тревожный тип отношения к заболеванию (57%), также выявлены высокие показатели для неврастенического (36%); паранойяльного (35%), сенситивного (31%) типов. Большинство пациентов имели высокий уровень личностной тревожности (35; 70%). Пациенты, имеющие более высокую коморбидность, обладали более высоким уровнем реактивной тревожности. Пациенты, находящиеся на длительном постельном режиме, характеризовались депрессивно-ипохондрическим синдромом. Пациенты старшей возрастной группы после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате характеризуются дезадаптивной внутренней картиной болезни, когнитивными нарушениями, высоким уровнем реактивной и личностной тревожности, склонностью к депрессивно-ипохондрическому синдрому. Коморбидность ухудшает качество жизни пациентов, приводит к повышению тревожности и враждебности, что необходимо учитывать с позиции пациентоориентированного подхода.

Ключевые слова: пациентоориентированный подход, травма опорно-двигательного аппарата, коморбидность, пациенты пожилого и старческого возраста.

POSSIBILITIES OF PATIENT-ORIENTED APPROACH IN PATIENTS OF THE OLDER AGE GROUP AFTER INJURIES AND SURGERY ON THE LOCULOMOTOR SYSTEM IN CONDITIONS OF COMORBIDITY

Efremov I.M., Efremova E.V., Midlenko V.I.

Ulyanovsk State University, Ulyanovsk, e-mail: contact@ulsu.ru

Comorbidity negatively affects both the clinical condition of the patient and the quality of life and prognosis. Patients of the older age group are characterized by the presence of comorbidity and gerontological syndromes, which leads to a patient-oriented approach. To study the cognitive status, quality of life, personal profile of patients of the older age group of the traumatological profile in conditions of comorbidity from the standpoint of a patient-oriented approach. The study involved 50 patients (14 men and 36 women, mean age 71.5 ± 8.1 years) treated in the trauma hospital. All patients had a skeletal injury resulting in prolonged bed rest. Comorbidity was assessed using the modified Charlson Comorbidity Index (CI). From the standpoint of a patient-oriented approach, the study of cognitive functions, quality of life, personal characteristics, internal picture in elderly and senile patients was carried out. The study of patients was carried out in the period from 10 to 14 days of the patient's stay on bed rest in the hospital. CI in patients was 4 (3; 5) points. More than a third of patients (19; 38%) had a high comorbidity. The quality of life profile of patients with a high level of comorbidity turned out to be lower than in patients with low comorbidity in terms of the physical component of health. In the structure of the internal picture of the disease of patients, an anxious type of attitude towards the disease prevailed (57%), and high rates were also revealed for

neurasthenic (36%); paranoid (35%), sensitive (31%) types. Patients with higher comorbidity had a higher level of reactive anxiety. Patients on prolonged bed rest were characterized by depressive-hypochondriacal syndrome. Patients of the older age group after injuries and surgical interventions on the musculoskeletal system are characterized by a maladaptive internal picture of the disease, cognitive impairment, a high level of reactive and personal anxiety, and a tendency to depressive-hypochondriacal syndrome. Comorbidity worsens the quality of life of patients, leads to an increase in anxiety and hostility, which must be taken into account from the standpoint of a patient-centered approach.

Key words: patient-oriented approach, trauma of the musculoskeletal system, comorbidity, elderly and senile patients.

Коморбидность негативно влияет как на клиническое состояние пациента, так и на качество жизни и прогноз [1]. Увеличение продолжительности жизни ассоциировано с высокой коморбидностью, в том числе с возрастанием доли травм опорно-двигательного аппарата у лиц старшей возрастной группы, что определяет важность пациентоориентированного подхода [2]. В настоящее время проблема травматизма среди населения приобретает высокую актуальность не только вследствие высокой смертности, но и, в большей степени, за счет социально-реабилитационных проблем пациентов, что обуславливает развитие направления ортогериатрии [3, 4]. Актуальными для исследований остаются вопросы выбора тактики ведения и лечения данной группы пациентов с учетом наличия сопутствующей патологии, а также проблема адаптации к вынужденному длительному постельному режиму [3–5]. Социально-реабилитационные проблемы пациентов травматологического профиля, находящихся на вынужденном длительном постельном режиме, у пациентов старшей возрастной группы особенно актуальны, учитывая специфику психологического реагирования и наличие геронтологических синдромов у пожилых [3, 5, 6].

Цель исследования: изучить когнитивный статус, качество жизни, личностный профиль пациентов старшей возрастной группы после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате в условиях коморбидности с позиции пациентоориентированного подхода.

Материалы и методы исследования. Обследованы 50 пациентов пожилого и старческого возраста (14 мужчин и 36 женщин, средний возраст $71,5 \pm 8,1$ года), находившихся на стационарном лечении в травматологическом стационарном отделении. Пожилыми считали пациентов возрастом 60–74 года, старческого возраста – 75–89 лет по критериям Всемирной организации здравоохранения (2012) [7]. Все пациенты имели травму костного скелета, приведшую к длительному нахождению на постельном режиме.

Работа представляет собой открытое одномоментное когортное исследование методом сплошной выборки. Критерии исключения из работы: декомпенсация соматической патологии, острые инфекционные заболевания и/или обострение хронических, психические и выраженные когнитивные расстройства, затрудняющие проведение исследования, отсутствие информированного добровольного согласия на исследование. Исследуемые пациенты имели

травму костного скелета, приведшую к длительному нахождению на постельном режиме: 30 (60%) пациентов имели перелом шейки бедренной кости (S72.0), 14 (28%) пациентов – чрезвертельный перелом бедренной кости (S72.1), 2 (4%) пациентов – подвертельный перелом бедренной кости (S72.2), 1 (2%) пациент – перелом бедра на уровне нижней трети (S72.4), 1 (2%) пациент – перелом диафиза большеберцовой кости (S82.2), 2 (4%) пациента – множественные переломы костей голени (S82.7).

Коморбидность оценивали с помощью модифицированного индекса коморбидности (ИК) Чарлсон [8] и расценивали как высокую при ИК ≥ 6 баллов. У 35 (70%) пациентов наблюдалась хроническая сердечная недостаточность (ХСН), причиной которой являлась артериальная гипертензия (АГ) в сочетании с ишемической болезнью сердца (ИБС). Фибрилляция предсердий диагностирована у 7 (14%), сахарный диабет 2-го типа – у 10 (20%), хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ) – у 11 (22%) пациентов. Острое нарушение мозгового кровообращения (ОНМК) в анамнезе выявлено у 5 (10%), инфаркт миокарда – у 6 (12%) пациентов, хроническая болезнь почек (ХБП) наблюдалась у каждого пятого пациента (10; 20%).

С позиций пациентоориентированного подхода в исследовании использовались валидные психологические методики: Опросник Мини-Мульт (сокращенный MMPI) (В.П. Зайцев, 1981), Личностный Опросник Бехтеревского института (ЛОБИ) (А.Е. Личко, И.Я. Иванов, 1980); Шкала Цунга для самооценки депрессии в адаптации Т.И. Балашовой (1965); Шкала самооценки реактивной и личностной тревожности, разработанная Ч.Д. Спилбергером (C.D. Spielberger) и адаптированная Ю.Л. Ханиным (1983); Опросник Басса–Дарки (Buss–Durkey Inventory, 1957) для диагностики агрессивных и враждебных реакций. Для оценки качества жизни (КЖ) использовался опросник «SF-36» (Medical Outcomes Study 36-Item Short Form Health Survey) (J.E. Ware, 1994), для оценки когнитивных расстройств – Краткая шкала оценки психического статуса (MMSE) (M.F. Folstein с соавт., 1975).

Исследование пациентов осуществлялось в период с 10-го по 14-й день нахождения пациента на постельном режиме в стационаре.

Статистическая обработка результатов проводилась с применением компьютерного пакета. Статистический анализ проводился с использованием программных пакетов «StatSoft Statistica v.10.0.1011.6» (StatSoft, Inc, США). Характер распределения данных оценивали с помощью W-критерия Шапиро–Уилка (Shapiro–ilk's W test). В зависимости от результата данные в работе представлены как $M \pm SD$, где M – среднее арифметическое, SD – стандартное отклонение (при нормальном распределении), либо Me (IQR), где Me – медиана, IQR – интерквартильный размах: 25-й процентиль – 75-й процентиль (при распределении, отличном от нормального). Для сравнения групп использовали t-критерий Стьюдента и U-критерий

Манна–Уитни (Mann–Whitney U test) (при распределении, отличном от нормального). Различия считали статистически значимыми при $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

ИК у пациентов составил 4 (3;5) балла. Более трети пациентов (19; 38%) имели высокую коморбидность. Профиль качества жизни пациентов с высоким уровнем коморбидности оказался ниже, чем у пациентов с низкой коморбидностью по физическому компоненту здоровья (таблица).

Показатели качества жизни (SF-36) пациентов пожилого и старческого возраста после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате в зависимости от коморбидности

Шкалы КЖ, Me (IQR)	Пациенты с низкой коморбидностью (n=31)	Пациенты с высокой коморбидностью (n=19)	p
Физическое функционирование (PF), баллы	47,5 (10;60)	0 (0;7,5)	0,02
Физическо-ролевое функционирование (RP), баллы	0 (0;25)	0 (0;25)	0,9
Физическая боль (BP), баллы	22,0 (12;52)	12,0 (0;27)	0,4
Общее здоровье (GH), баллы	52,5 (40;60)	50,0 (35;57,5)	0,4
Жизненная сила (VT), баллы	47,5 (30;50)	35 (15;45)	0,2
Социальное функционирование (SF), баллы	31,3 (25;62,5)	37,5 (12,5;62,5)	0,9
Эмоционально-ролевое функционирование (RE), баллы	0 (0;25)	0 (0;50)	0,4
Психическое здоровье (MH), баллы	42,0 (32;64)	42,0 (32;56)	0,7
Психологический компонент (MH), баллы	137,5 (96; 208)	148 (68,5; 206,5)	0,9
Физический компонент (PH), баллы	34,5 (30;40)	28,5 (27;35)	0,03

Причем у женщин по сравнению с мужчинами наблюдались более низкие баллы по показателю «социальное функционирование» (31,3 (12,5;62,5) и 56,3 (50;75) балла соответственно, $p=0,03$) и по психологическому компоненту здоровья (128(67;202) и 200,5 (172;250,5) балла соответственно, $p=0,02$).

Пациенты старшей возрастной группы после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате характеризуются высокой коморбидностью, в том числе по

данным, полученным в предыдущих исследованиях в нашей клинике [9]. В настоящее время продолжается научная дискуссия об определении и диагностике коморбидности [10]. Выбор модифицированного индекса коморбидности Чарлсон в нашем исследовании обусловлен необходимостью учесть ХБП 3-й стадии, наблюдающуюся у каждого пятого пациента, которая не берется во внимание при расчете оригинального индекса коморбидности [11].

В настоящее время разработка тактики лечения, в том числе в хирургической клинике, учитывает цели и приоритеты пациента согласно принципам отечественного здравоохранения [12]. Однако полноценно осуществить данный подход не всегда возможно в реальной клинической практике, учитывая когнитивные и эмоциональные особенности больных. Особенно это касается пациентов пожилого и старческого возраста, для которых характерны когнитивные расстройства [13].

У большинства пациентов в нашем исследовании выявлены предметные когнитивные нарушения – у 30 (60%) пациентов, у трети (18; 36%) – деменция легкой степени выраженности. У пациентов преобладали нарушения памяти (75%) и внимания (67%).

С позиций пациентоориентированного подхода необходимо принимать во внимание степень осознанности пациентом своего заболевания, что определяет необходимость оценки внутренней картины болезни пациента.

В нашем исследовании в структуре внутренней картины болезни пациентов преобладал тревожный тип отношения к заболеванию (57%). Также выявлены высокие показатели для неврастенического (36%); паранойяльного (35%), сенситивного (31%) отношения к болезни (рис. 1).

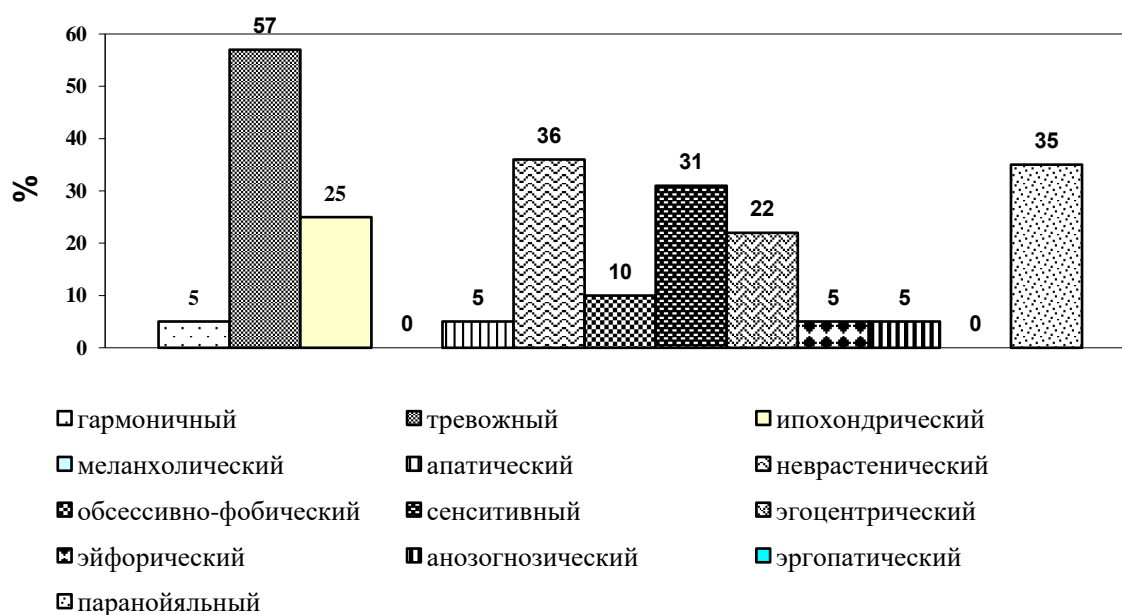


Рис. 1. Типы отношений к болезни пациентов пожилого и старческого возраста после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате

У пациентов с высокой коморбидностью по сравнению с пациентами с низкой коморбидностью чаще наблюдался сенситивный тип отношения к заболеванию (38,3% и 16,9% соответственно, $\chi^2=9,5$; $p=0,002$), который характеризуется нарушением социального функционирования и межличностного взаимодействия, беспокойством о формировании у окружения неверного восприятия болезненного состояния пациента.

Усредненный профиль Мини-Мульт пациентов, находящихся на длительном постельном режиме, характеризовался пиком по шкале ипохондрии ($74,4 \pm 10,6$ Т-балла), менее выраженным подъемом на шкалах депрессии ($61,3 \pm 10,9$ балла) и истерии ($62,8 \pm 11,5$ Т-балла) и вторым подъемом на шкале психастении ($68,4 \pm 11,3$ балла). Данный профиль свидетельствует о доминировании симптоматики депрессивно-ипохондрического характера. У пациентов наблюдаются склонность к драматизации, повышенная враждебность, заострение тревожно-мнительных черт, повышенное стремление к изоляции, пассивность, отсутствие веры в успех, особенно в отношении медицинской помощи.

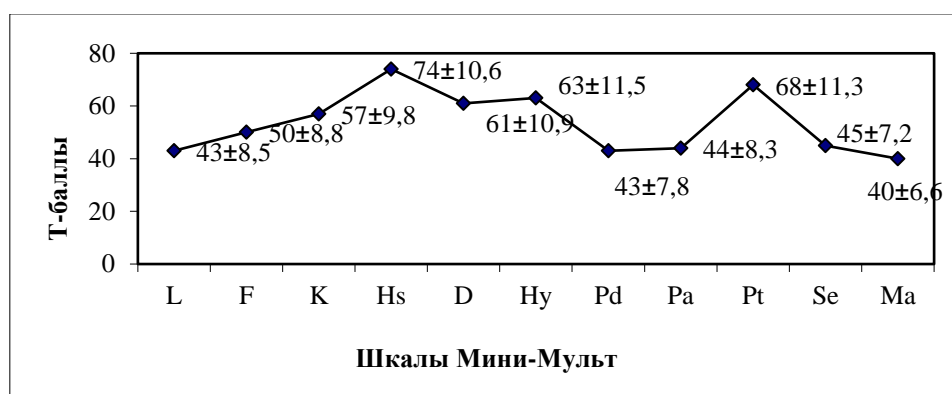


Рис. 2. Усредненный личностный профиль пациентов пожилого и старческого возраста после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате

Примечание: Шкалы: L – лжи, F – достоверности, K – коррекции, Hs – ипохондрии, D – депрессии, Hy – истерии, Pd – психопатии, Pa – паранойальности, Pt – психастении, Se – шизоидности, Ma – гипомании

Средний уровень депрессии согласно самооценке пациентов по шкале Цунга составил 47,5 (41;55) балла и не различался у мужчин и женщин (50 (41;55) и 44,5 (38;51) балла соответственно, $p=0,35$). Депрессия не наблюдалась у половины пациентов (25;50%), легкая депрессия ситуативного или невротического генеза выявлена у трети пациентов (16; 32%), субдепрессивное состояние – у каждого пятого пациента (9; 18%) (рис. 3).

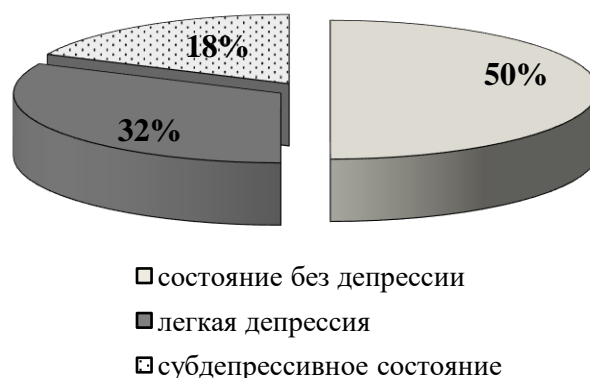


Рис. 3. Самооценка депрессии пациентов пожилого и старческого возраста после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате

Пациенты с легкой депрессией ситуативного или невротического генеза имели снижение качества жизни как по показателям психологического компонента: «жизненная сила» ($p=0,003$), «психическое здоровье» ($p=0,007$), так и по показателю физического компонента здоровья «физическая боль» ($p=0,03$) по сравнению с пациентами без депрессии.

Уровень реактивной тревожности у пациентов старшей возрастной группы, находящихся на длительном постельном режиме, составил 44 (39;50) балла. У каждого второго пациента наблюдался высокий уровень реактивной тревожности – 25 (50%), умеренный – у 20 (40%), низкий – у 5 (10%) пациентов. Уровень личностной тревожности в исследованной когорте пациентов составил 53,5 (46;72) балла. Большинство пациентов имели высокий уровень личностной тревожности – 35 (70%), умеренный – 12 (24%), низкий – 3 (6%) пациентов.

Выявлена обратная связь между уровнем реактивной тревожности и качеством жизни по шкалам «интенсивность боли» ($r=-0,38$; $p=0,05$), «жизненная сила» ($r=-0,44$; $p=0,02$), «психическое здоровье» ($r=-0,42$; $p=0,03$) опросника SF-36. Обнаружена обратная связь между личностной тревожностью и качеством жизни по шкалам «физическо-ролевое функционирование» ($r=-0,50$; $p=0,02$), «жизненная сила» ($r=-0,34$; $p=0,03$), «психическое здоровье» ($r=-0,55$; $p=0,01$) опросника SF-36.

Пациенты, имеющие более высокую коморбидность, обладали более высоким уровнем реактивной тревожности: наблюдалась обратная связь между модифицированным ИК Чарлсон и уровнем реактивной тревожности ($r=-0,4$, $p=0,04$).

У большинства пациентов наблюдался нормальный уровень агрессивности и враждебности (42 (84%), 40 (80%) соответственно). У пациентов с высокой коморбидностью по сравнению с пациентами с низкой коморбидностью индекс враждебности был более

выражен: 9,5 (7;11) и 6,5 (4,5;8) соответственно, $p=0,04$. Также у пациентов с высокой коморбидностью отмечалась большая подозрительность по сравнению с группой пациентов с низкой коморбидностью: 5(4;6) и 3,5 (2;4,5) балла соответственно, $p=0,02$. У женщин по сравнению с мужчинами индекс враждебности был более выражен (8 (5;10) и 5 (2,5;7) соответственно, $p=0,01$), наблюдалась большая обидчивость (3,5(2;5) и 1,5 (0,5;3) балла соответственно, $p=0,02$).

Наличие хронического болевого синдрома, по данным литературы, приводит к развитию депрессии у более чем половины пациентов, причем у 60% пациентов наблюдается сочетание депрессивных и тревожных нарушений [14]. С одной стороны, снижение качества жизни и невозможность реализации полноценного социального функционирования приводят к развитию депрессии, с другой – не диагностированная своевременно депрессия может способствовать возникновению и хронизации болевого синдрома. Нарушения функций опорно-двигательного аппарата являются одним из основных компонентов порочного круга, приводящего к эмоционально-личностным расстройствам в рамках хронизации болевого синдрома [14, 15]. Кроме снижения качества жизни и мотивации к лечению, у пациентов могут наблюдаться повышенная раздражительность и даже враждебность. По нашим данным, у большинства пациентов наблюдался нормальный уровень агрессивности и враждебности, что, вероятно, объясняется истощением ресурсов, характерных для пациентов старшей возрастной группы.

Хроническая боль – один из основных геронтологических синдромов, требующих пациентоориентированного подхода [15]. Комплексное изучение особенностей внутренней картины болезни, психологических особенностей и когнитивных функций пациентов после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате, находящихся на вынужденном длительном постельном режиме, необходимо для разработки индивидуальных социально-реабилитационных программ, особенно для пациентов старшей возрастной группы.

Заключение. Пациенты старшей возрастной группы травматологического профиля характеризуются дезадаптивной внутренней картиной болезни, предметными когнитивными нарушениями, высоким уровнем реактивной и личностной тревожности, склонностью к депрессивно-ипохондрическому синдрому. Коморбидность ухудшает качество жизни пациентов старшей возрастной группы после травм и оперативных вмешательств на опорно-двигательном аппарате, находящихся на длительном постельном режиме по физическим и психологическим компонентам здоровья, приводит к дезадаптации, повышению тревожности и враждебности, что необходимо учитывать при разработке лечебной стратегии у данной категории пациентов с позиций пациентоориентированного подхода.

Список литературы

1. Оганов Р.Г., Симаненков В.И., Бакулин И.Г. Коморбидная патология в клинической практике. Алгоритмы диагностики и лечения // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. № 18 (1). С. 5–66. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-1-5-66.
2. Загородний Н.В. Эндопротезирование тазобедренного сустава. Основы и практика: руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. 704 с.
3. Фаласки П., Ричи А., Марш Д. Ортогериатрия. Ведение пожилых пациентов с низкоэнергетическими переломами. Руководство. Перевод с англ. / под ред. О.М. Лесняк. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. 464 с.
4. Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров», Общественная организация «Российская ассоциация по остеопорозу». Клинические рекомендации Падения у пациентов пожилого и старческого возраста. 2020. 72 с.
5. Елифанов А.В. Реабилитация в травматологии и ортопедии. М.: ГЭОТАРМедиа, 2015. 212 с.
6. Фархутдинова Л.М. Об основах комплексной гериатрической оценки // Архивъ внутренней медицины. 2019. № 9 (4). С. 245-252. DOI: 10.20514/2226-6704-2019-9-4-245-252.
7. Ткачева О.Н., Котовская Ю.В., Рунихина Н.К., Фролова Е.В., Наумов А.В., Воробьева Н.М., Остапенко В.С., Мхитарян Э.А., Шарашкина Н.В., Тюхменев Е.А., Переверзев А.П. Дудинская Е.Н. Клинические рекомендации «Старческая астения» // Российский журнал гериатрической медицины. 2020. № 1. С. 11–46. DOI: 10.37586/2686-8636-1-2020-11-46.
8. Ефремова Е.В., Шутов А.М., Сакаева Э.Р. Патент № RU 2706975 C1 Российская Федерация, А61В 5/00. Измерение для диагностических целей; опознание личности: № 2018132321: заявл. 10.09.2018; опубл. 21.11.2019; заявитель УлГУ: 5 с.
9. Шевалаев Г.А., Дудина Е.В., Ефремов И.М. Коморбидность у больных 50 лет и старше с переломом проксимального отдела бедренной кости // Вопросы травматологии и ортопедии. 2011. № 1. С. 31-33.
10. Драпкина О.М., Шутов А.М., Ефремова Е.В. Коморбидность, мультиморбидность, двойной диагноз – синонимы или разные понятия? // Кардиоваскулярная терапия и профилактика. 2019. № 18 (2). С. 65–69. DOI: 10.15829/1728-8800-2019-2-65-69.
11. Charlson M.E., Pompei P., Ales K.L. A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: development and validation. J. Chron. Dis. 1987. Vol. 40 (5). P. 373–383. DOI: 10.1016/0021-9681(87)90171-8.

12. Указ Президента Российской Федерации от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года». [Электронный ресурс]. URL: <http://www.kremlin.ru/acts/bank/43027> (дата обращения: 15.02.2022).
13. Halil M., Kizilarlanoglu M., Kuyumcu E., et al. Cognitive aspects of frailty: mechanisms behind the link between frailty and cognitive impairment. *J. Nutr. Health Aging*. 2015. № 19 (3). С. 276–283. DOI: 10.1007/s12603-014-0535-z.
14. Барулин А. Е., Курушина О. В., Калинин Б. М., Черноволенко Е. П.. Хроническая боль и депрессия // *Лекарственный вестник*. 2016. №10 (1 (61)). С. 3-10.
15. Общероссийская общественная организация «Российская ассоциация геронтологов и гериатров». Клинические рекомендации «Хроническая боль у пациентов пожилого и старческого возраста». 2020. 112 с.