

КОМПЛЕКСНАЯ ПРОФИЛАКТИКА ДЕЛИРИЯ У ПАЦИЕНТОВ СТАРШИХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУПП С НЕОПЕРИРОВАННЫМ ПЕРЕЛОМ ШЕЙКИ БЕДРА

С. Бudyлев¹,

А. Селиванов^{1,2}, кандидат медицинских наук,

В. Куликов²

¹Городская клиническая больница №31, Санкт-Петербург

²Научно-исследовательский медицинский центр

«Геронтология», Москва

E-mail: b31@zdrav.spb.ru

Одной из основных проблем современной гериатрии является синдром падений, который нередко приводит к длительному вынужденному лежачему положению пациента, что, в свою очередь, способствует развитию делирия, который в остром периоде перелома шейки имеет место у 50% пациентов, а в период госпитализации после операции – у 20–30%. Опасность делирия как гериатрического синдрома заключается в снижении контроля пациента за своим поведением, прогрессировании хронических когнитивных расстройств, повышении зависимости от окружающих, что весьма нежелательно при осуществлении ухода в домашних условиях или домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов.

Ключевые слова: гериатрия, делирий, комплексная профилактика, перелом шейки бедра, старшая возрастная группа.

В современной гериатрии большое значение имеют синдром падений и его осложнения, наиболее частое из которых – перелом шейки бедра. Приходится констатировать отсутствие четкого представления о наиболее целесообразных методах оперативного лечения этой патологии у пожилых больных (применение металлоостеосинтеза или первичного эндопротезирования). Нередко (не менее 60–70% случаев) ввиду тяжелого общего соматического состояния пациента или низкого потенциала послеоперационной реабилитации приходится прибегать к консервативному ведению больных [1, 5]. Следует отметить, что длительное пребывание в условиях постельного режима способствует утяжелению состояния пациентов из-за пролежней, недержания мочи, запоров, тревожно-депрессивного синдрома и делирия.

Делирий как гериатрический синдром в остром периоде перелома шейки бедра развивается у 50% пациентов, в период госпитализации после операции по поводу перелома проксимальной части бедра – у 20–30% [2, 6]. Велика частота развития делирия и в отдаленном после травмы периоде. Опасность делирия как гериатрического синдрома заключается в снижении контроля пациента за своим поведением, прогрессировании хронических когнитивных расстройств, увеличении зависимости от окружающих, что весьма нежелательно при осуществлении ухода в домашних условиях или домах-интернатах для пожилых граждан и инвалидов [3].

В связи с этим нами проведено исследование, целью которого было предложить комплексную систему профилактики делирия у пациентов пожилого и старческого возраста с неоперированным переломом шейки бедра и оценить ее эффективность.

В исследование включили 189 пациентов в возрасте от 76 до 83 лет (в среднем – 78,4±2,4 года); табл. 1.

Исследование проходило в 2 этапа. На 1-м этапе были осмотрены 123 пациента с переломом шейки бедра, которым оперативное лечение было противопоказано из-за высокого анестезиологического риска и низкого потенциала послеоперационной реабилитации. При диагностике делирия использовали критерии, приведенные в 4-м издании *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR®) Американской психиатрической ассоциации [4].

Пациенты составили 2 группы. 1-я (n=62, средний возраст – 78,2±2,1 года) – без делирия; они осмотрены психиатром профилактически. Пациенты 2-й группы (n=61, средний возраст – 79,1±2,2 года) осмотрены психиатром в связи с наличием делирия. После купирования синдрома делирия у пациентов обеих групп был проведен углубленный осмотр для выявления особенностей соматического статуса и специализированный гериатрический осмотр (СГО) с использованием специальной компьютерной программы.

На 2-м этапе работа представляла собой рандомизированное контролируемое исследование, направленное на изучение эффективности разработанной схемы профилактики синдрома делирия. Были сформированы 2 группы пациентов: контрольная – без применения разработанной схемы (n=32; возраст – от 76 до 82 лет, в среднем – 77,9±1,5 года) и основная – с применением разработанной схемы (n=34; возраст – от 76 до 83 лет, в среднем – 78,1±1,8 года). Критериями включения в рандомизированное контролируемое исследование явились наличие в анамнезе: купированного синдрома делирия; перелома шейки бедра с противопоказаниями к оперативному лечению – соматическая и нервно-психическая патология, обуславливающая высокий анестезиологический риск и низкий потенциал реабилитации.

Таблица 1
Пациенты с переломами шейки бедра; n (%)

Характеристика пациентов	Число пациентов
Медиальный перелом шейки бедра	158 (83,6)
Латеральный перелом шейки бедра	31 (16,4)
Наличие инвалидности	119 (62,9)
Одинокое проживание	104 (55,0)
Применение деротационного сапожка как метода консервативного лечения	171 (90,5)
<i>Сопутствующая патология</i>	
Артериальная гипертензия	152 (80,4)
Ишемическая болезнь сердца	140 (74,1)
Наличие хронической венозной недостаточности нижних конечностей	105 (55,6)
Остеоартроз разной локализации	169 (89,4)
Нуждаемость в уходе со стороны службы социальной защиты и социального обеспечения	157 (83,1)

В исследование не включали лиц с острой соматической патологией (внегоспитальная пневмония, инфаркт миокарда и пр.), онкологической патологией IV клинической группы, синдромом деменции и другими состояниями, затрудняющими контакт с пациентом. Продолжительность применения предложенных мер профилактики синдрома деменции составила 1 мес, период наблюдения — 3 мес. В сравниваемых группах оценивали следующие параметры: частоту возникновения и продолжительность эпизодов делирия; гериатрический статус — когнитивные способности, синдром мальнуритрии, моральный статус, качество жизни (КЖ).

Для статистической обработки данных пользовались методом оценки значимости различий 2 совокупностей с применением t-критерия Стьюдента; рассчитывали коэффициент корреляции; разница показателей признавалась статистически достоверной при $p < 0,05$.

Изучение гериатрического статуса пациентов с делирием показало, что у них в достоверно большей степени, чем у пациентов без делирия, были выражены такие гериатрические синдромы, как снижение слуха и зрения, хронический болевой синдром; они принимали достоверно большее количество медикаментов и были старше (табл. 2).

При применении опросников и шкал СГО выяснилось следующее. У пациентов с переломом шейки бедра, испытывающих состояние гипомобильности и другие ограничения независимости, но без делирия, имел место риск развития синдрома мальнуритрии ($19,2 \pm 0,3$ балла); при делирии наблюдался развернутый синдром мальнуритрии ($11,5 \pm 0,2$ балла; $p < 0,05$). Для пациентов с неоперированным переломом шейки бедра без делирия характерно хорошее моральное состояние ($45,1 \pm 0,3$ балла), при делирии — удовлетворительное ($56,2 \pm 0,4$ балла; $p < 0,05$). У больных без делирия уровень когнитивных способностей оценивался в $21,9 \pm 0,5$ балла (легкие нарушения), с делирием — в $15,3 \pm 0,3$ балла, что соответствовало умеренным нарушениям.

В соответствии с данными об особенностях гериатрического статуса пациентов с делирием нами был предложен комплексный подход к его профилактике: оптимизация питания путем применения питательной смеси «Унипит», которая позволяет восполнить дефицит белков, витаминов и других нутриентов; ежедневное употребление до 25–30 мг клетчатки в чистом виде; употребление жидкости без ограничений в зависимости от потребностей пациента; меры по улучшению коммуникации с внеш-

Особенности гериатрического статуса пациентов с синдромом делирия; баллы по визуальной аналоговой шкале ($M \pm m$)

Таблица 2

Особенности гериатрического статуса	Пациенты без делирия (n=62)	Пациенты с делирием (n=61)
Снижение слуха	2,3±0,1	1,4±0,2*
Снижение зрения	2,4±0,3	1,5±0,2*
Количество принимаемых препаратов (в среднем на 1 пациента)	4,1±0,2	8,3±0,4*
Хронический болевой синдром	2,1±0,3	4,1±0,1*
Эмоциональная лабильность	3,4±0,3	1,2±0,2*
Индекс полиморбидности (среднее число заболеваний у 1 пациента)	2,3±0,2	4,8±2,9*
Возраст, годы	73,1±2,2	81,2±2,9*

Примечание. * – различия с пациентами без делириозных расстройств достоверны ($p < 0,05$).

ним миром и повышению когнитивных способностей: подбор слухового аппарата, очков; применение линз при чтении; организация среды, в которой пребывает пациент, с целью



КАРДИОТОН

ИННОВАЦИОННЫЙ КАРДИОПРОТЕКТОР



КАРДИОТОН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРЕВЗОШЕЛ АМИОДАРОН ПО АНТИАРИТМИЧЕСКОМУ ДЕЙСТВИЮ*

КАРДИОТОН В ЭКСПЕРИМЕНТЕ ПРЕВЗОШЕЛ Q-10 ПО КАРДИОЗАЩИТНОМУ ДЕЙСТВИЮ В УСЛОВИЯХ ТОТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ МИОКАРДА**

- ✦ УКРЕПЛЕНИЕ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ
- ✦ СНИЖЕНИЕ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПРОЦЕССОВ В МИОКАРДЕ
- ✦ УЛУЧШЕНИЕ СНАБЖЕНИЯ КИСЛОРОДОМ СЕРДЕЧНОЙ МЫШЦЫ
- ✦ УСКОРЕНИЕ РЕГЕНЕРАЦИИ СПЕЦИФИЧЕСКОЙ ТКАНИ СЕРДЦА

Рекомендации к применению:
По 2 таблетки 3 раза в день во время еды. Продолжительность приема — 1 месяц.

Состав:

Боярышник кровво-красный
Оказывает кардиопротекторное действие, улучшает работу сердечной мышцы, устраняет нарушения ритма сердца, повышает проницаемость стенок капилляров.

Маточное молочко
Нормализует сосудистый тонус, улучшает сократительную функцию миокарда, нормализует артериальное давление и коронарный кровоток, стимулирует коронарциркуляцию.

Шиповник майский
Повышает окислительно-восстановительные процессы в организме, активизирует ряд ферментных систем, стабилизирует содержание адреналина и других катехоламинов.

Адрес: Москва, ул. Саввинская Слобода, д. 10
Тел./факс: 8 (412) 69-97-04 | www.secret-dolgoletia.ru
* Сравнение с амиодароном по антиаритмическому действию в условиях экспериментальной модели ИМ.
** Сравнение с Q-10 по кардиопротекторному действию в условиях экспериментальной модели ИМ.



Тел./факс: 8 (812) 69-97-04 | www.secret-dolgoletia.ru
Телефон горячей линии 8-800-200-58-98 | www.parapharm-russia.ru

Препарат создан по патенту США № 6 125 933
По рецепту лекарственных средств
Является противопоказанием
Необходима консультация специалиста

БАД НЕ ЯВЛЯЕТСЯ ЛЕКАРСТВЕННЫМ СРЕДСТВОМ

минимизации зависимости от посторонней помощи; использование вертикализаторов; применение лечебной физкультуры, массажа, включая упражнения для улучшения дренажной функции бронхов; тщательная ревизия лекарственной терапии — включение в рацион БАДов, ускоряющих сращивание костной ткани (Остеомед форте, Одуванчик-П, Апитонус-П); минимизация полипрагмазии; осторожное назначение лекарственных препаратов таких групп, как транквилизаторы, ноотропы; меры психологической адаптации с целью коррекции морального статуса (рациональная психотерапия, методы отвлечения, терапия занятостью); проведение регулярных медицинских осмотров для своевременного выявления и коррекции осложнений со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, хронической почечной и печеночной недостаточности, анемического синдрома, пролежней, нарушений сна.

Включение в рацион БАДов, ускоряющих сращивание обломков костей, объясняется тем, что благодаря этому концентрация кремния в месте перелома возрастает примерно в 50 раз. Лекарственное растение одуванчик является источником кремния, улучшает реологические свойства крови, чем способствует улучшению кровоснабжения места перелома. Одуванчик-П применяется в дозе по 2 таблетки 3 раза в день. Апитонус-П, содержащий пчелиную обножку, маточное молочко, дигидрокверцетин, витамины С и Е, является источником незаменимых аминокислот, макро- и микроэлементов. Апитонус-П применяется в дозе по 1 таблетке 3 раза в день. Остеомед форте — анаболизатор костной ткани, субстрат для продукции собственных андрогенов; он стимулирует остеобласты в костях пациента, ускоряя таким образом сращивание переломов; применяется он в дозе по 2 таблетки утром и вечером [7–9].

Изучение эффективности предложенной схемы профилактики синдрома делирия выявило снижение его частоты и степени выраженности (табл. 3).

СГО показал, что улучшение клинического течения делирия было достоверно обусловлено улучшением когнитивных способностей, статуса питания и морального состояния пациентов ($r=0,8$; $p<0,05$). Так, в контрольной группе по данным позициям не было отмечено динамики данных: в отношении когнитивного статуса — $17,5\pm 0,5$ и $17,4\pm 0,6$ балла в динамике наблюдения, синдрома недостаточности питания — $11,4\pm 0,3$ и $11,5\pm 0,7$ балла, морального состояния — $64,2\pm 1,5$ и $64,4\pm 1,6$ балла; в основной группе по всем параметрам имело место достоверное улучшение показателей: когнитивный статус — $17,6\pm 0,3$ и $26,0\pm 0,4$ балла, синдром недостаточности питания — $11,7\pm 0,5$ и $19,5\pm 0,6$ балла, моральное состояние — $64,3\pm 1,4$ и $50,7\pm 1,5$ балла ($p<0,05$). Нами также показано, что интеграль-

ный показатель КЖ у пациентов контрольной группы в процессе наблюдения достоверно не изменялся; в основной группе он достоверно увеличивался (в контрольной группе — $25,3\pm 3,1$ и $25,1\pm 2,2$ балла, в основной — $25,1\pm 2,3$ и $32,4\pm 2,1$ балла; $p<0,05$). Улучшение показателя КЖ при применении разработанной нами схемы профилактики делирия составило 35,5%.

По результатам исследования сделаны следующие выводы:

- гериатрический статус пациентов с неоперированным переломом шейки бедра характеризуется нарушениями пищевого режима, полипрагмазией, тревожно-депрессивным синдромом, синдромом снижения слуха и зрения, хроническим болевым синдромом, синдромом эмоциональной лабильности, а также высоким индексом полиморбидности, что обуславливает развитие синдрома делирия;
- в комплекс мер профилактики делирия целесообразно включать: оптимизацию питания и питьевого режима; БАДы, ускоряющие консолидацию переломов (Остеомед форте, Одуванчик-П, Апитонус-П); меры по повышению когнитивных способностей; лечебную физкультуру; купирование полипрагмазии; психологическую поддержку; своевременную коррекцию гериатрического и общесоматического статуса;
- внедрение комплексной системы профилактики синдрома делирия способствует снижению тяжести его клинического течения на 35,4%, улучшает показатели СГО (когнитивный статус, моральное состояние и статус питания) на 30,5%, повышает КЖ на 35,5%.

Литература

1. Fedarko N. The biology of aging and frailty // Clin. Geriatr. Med. – 2011; 27 (1): 27–37.
2. Akner G. Geriatric medicine in Sweden: a study of the organisation, staffing and care production in 2000–2001 // Age and Ageing. – 2004; 33 (4): 338–41.
3. Jessie J. Assessments for older adults // IDEA Health Fitness Source. – 2000; 1: 8–13.
4. Donaldson L., Tagger C. Outcome of admissions of elderly people to hospitals and homes: a survey and follow-up // Publ. Health. – 1984; 98 (5): 270–6.
5. Forstmeier S., Uhlendorff H., Maercker A. Diagnostik von Ressourcenim Alter // Z. Gerontol. und Geriatr. – 2005; 18 (4): 227–57.
6. Makary M., Segev D., Pronovost P. et al. Frailty as a Predictor of Surgical Outcomes in Older Patients // J. Am. Coll. Surg. – 2010; 210 (6): 901–8.
7. Прохоров М., Кислов А., Елистратов Д. и др. Влияние Остеомеда на консолидацию переломов костей // Врач. – 2016; 2: 68–9.
8. Струков В. и др. Способ диагностики остеопороза и определения эффективности препарата в лечении заболевания // Фармация. – 2013; 8: 40–3.
9. Струков В. и др. Новый подход в лечении пресенильного и сенильного остеопороза // Врач. – 2013; 10: 39–41.

COMPREHENSIVE PREVENTION OF DELIRIUM IN OLD AGE GROUP PATIENTS WITH INOPERABLE FEMORAL NECK FRACTURE

S. Budylev¹; A. Selivanov^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; V. Kulikov²

¹City Clinical Hospital Thirty-One, Saint Petersburg

²Gerontology Research Medical Center, Moscow

One of the major problems in modern geriatrics is falling syndrome that frequently results in the patient's long-term forced lying position, which in turn favors the development of delirium that occurs in 50% of patients with acute femoral neck fracture and in 20–30% during postoperative hospitalization. The hazard of delirium as a geriatric syndrome is the lower control of a patient over his behavior, progressive chronic cognitive impairments, and increased dependence upon others, which is highly undesirable during his care at home or elderly and disabled people homes.

Key words: geriatrics, delirium, comprehensive prevention, femoral neck fracture, old age group.

Таблица 3

Влияние разработанной схемы профилактики синдрома делирия на его клиническое течение (M±m)

Показатель	Контрольная группа (n=32)		Основная группа (n=34)	
	в начале исследования	через 3 мес	в начале исследования	через 3 мес
Частота эпизодов делирия (10 дней наблюдения)	3,7±0,3	3,7±0,4	3,8±0,5	2,1±0,3*
Средняя продолжительность эпизода делирия, ч	3,6±0,5	3,7±0,8	3,7±0,6	1,8±0,5*

Примечание. * – различия с контрольной группой достоверны ($p<0,05$).