

УДК 616.831-001.31

## ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ЧЕРЕПНО-МОЗГОВОЙ ТРАВМОЙ

**Кривецкий В.В.**

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет,  
Белгород, e-mail: info@bsu.edu.ru*

В статье изучены возрастные особенности клинического состояния пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших черепно-мозговую травму и существующее положение дел в их реабилитации. Было выявлено, что, несмотря на выявленные возрастные особенности степени восстановления и клинической картины заболевания, мы получили данные, согласно которым при черепно-мозговой травме отсутствуют возраст-ориентированные подходы к ведению пациентов, что приводит к гиподиагностике гериатрических синдромов и недостаточном объеме именно возраст-ориентированных лечебных и реабилитационных мер. Это снижает качество реабилитации пациентов старших возрастных групп после перенесенной черепно-мозговой травмы, что проявляется достоверно более худшими показателями функционального восстановления, достоверно более значимыми в старческом возрасте.

**Ключевые слова:** пожилой возраст, черепно-мозговая травма

## GERIATRIC HELP TO PATIENTS WITH A CEREBROCRANIAL TRAUMA

**Krivetskiy V.V.**

*Belgorod National Research University, Belgorod, e-mail: info@bsu.edu.ru*

The article studies age peculiarities of a clinic condition of elderly patients with a cerebrocranial trauma and the current situation in their rehabilitation. We have noticed that in spite of the age peculiarities of the degree of recovering and a clinical picture, we have received the data according to which there are no age-orientated approaches to patients with a cerebrocranial trauma. It leads to underdiagnosis of geriatric syndromes and to the insufficient level of age-orientated therapeutic and rehabilitative measures. All these reduce the quality of rehabilitation of elderly patients with a cerebrocranial trauma. It certainly worsens the indicators of functional recovering, which are more significant for the elderly.

**Keywords:** seniors, craniocerebral trauma

В настоящее время в развитых странах отмечается рост количества людей старше 60 лет, что связано с развитием современной медицины [5]. В связи с прогрессивно увеличивающейся долей людей пожилого и старческого возраста в популяции населения развитых стран существует необходимость изучения подходов к оказанию помощи пациентам данного возраста. Уровень заболеваемости у пациентов старшей возрастной группы выше в два и более раза, чем среди людей молодого возраста. [1]. Одной из проблем в данном возрасте является черепно-мозговая травма, которая встречается у пациентов старше 60 лет в 13,8% случаев [3]. Как известно, пациентам старших возрастных групп присуще наличие гериатрических синдромов, таких как гипомобильность, мальнутриция, недержание мочи и кала, падения, синдром когнитивного дефицита, дегидратация, нарушения терморегуляции и пр. [4]. Сочетание гериатрических синдромов с последствиями черепно-мозговой травмы обуславливает особенность течения восстановительного периода у таких пациентов [2]. Изучение особенностей восстановительного периода после перенесенной черепно-мозговой

травмы с целью оптимизации помощи пациентам старших возрастных групп является актуальной задачей.

**Цель исследования** – изучить возрастные особенности клинического состояния пациентов пожилого и старческого возраста, перенесших черепно-мозговую травму, и существующее положение дел в их реабилитации.

### Материалы и методы исследования

В своем исследовании мы изучали особенности специализированного гериатрического статуса у людей пожилого и старческого возраста, кроме того, был изучен объем проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, их соответствие гериатрическому статусу. В исследование были включены пациенты с черепно-мозговой травмой умеренной степени тяжести с легким гемисиндромом и легким интеллектуально-мнестическим снижением в срок 3 месяца спустя получения травмы (ранний восстановительный период). Все пациенты были разбиты на группы по возрасту: группа пациентов среднего возраста – 31 человек (средний возраст был  $45,4 \pm 1,4$  года), группа пациентов пожилого возраста – 30 человек ( $66,3 \pm 1,5$  года), группа пациентов старческого возраста – 32 человека ( $78,4 \pm 1,4$  года). В своем исследовании нами были применены шкалы и опросники на этапах восстановительного периода: в 3 месяца (ранний восстановительный период, стационарный этап реабилитации) – госпитальная Шкала тревоги

и депрессии, в 6 месяцев (ранний восстановительный период, амбулаторно-поликлинический этап ведения пациента) – тест на ориентацию и амнезию Галвестон, в 9 месяцев (поздний восстановительный период, амбулаторно-поликлинический этап реабилитации) – набор оценок Глазго, в 16 месяцев (резидуальный период, амбулаторно-поликлинический этап реабилитации) – шкала исходов черепно-мозговой травмы НИИ им. Н.Н. Бурденко.

### Результаты исследования и их обсуждение

Мы изучили возрастные различия состояния пациентов, перенесших черепно-мозговую травму, нами были получены следующие результаты.

Известно, что одной из значимых проблем в процессе восстановительного периода после перенесенной черепно-мозговой травмы является тревожно-депрессивный синдром, который также расценивается как одно из проявлений старения.

Нами было выявлено, что через три месяца после перенесенной травмы у пациентов среднего, пожилого и старческого возраста имел место высокий уровень тревожно-депрессивного синдрома без достоверной разности показателей между возрастными группами, соответственно  $28,4 \pm 3,2$ ,  $28,3 \pm 3,3$  и  $28,5 \pm 3,4$  балла,  $p > 0,05$  (рис. 1).

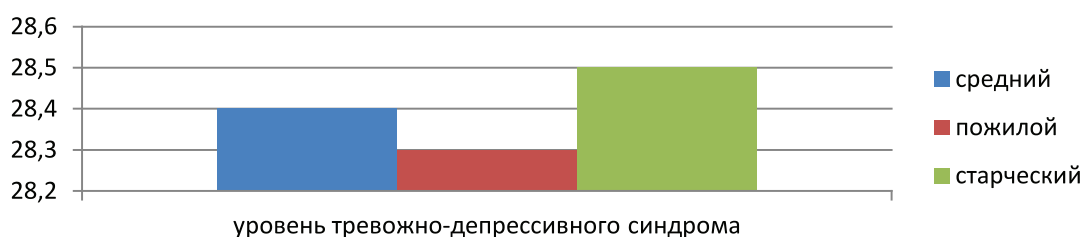


Рис. 1. Возрастные особенности степени тревожно-депрессивного синдрома через три месяца после перенесенной черепно-мозговой травмы (в баллах),  $p > 0,05$

В результате применения госпитальной шкалы тревоги и депрессии у пациентов разного возраста (в баллах) мы выявили, что общая оценка неврологического статуса у пациентов пожилого и старческого возраста была достоверно более неблагоприятной, по данным визуальной аналоговой шкалы, по сравнению с лицами среднего возраста, соответственно  $5,6 \pm 0,9$ ,  $6,7 \pm 0,5$  и  $7,4 \pm 0,2$  балла,  $p < 0,05$ .

Таким образом, через три месяца после перенесенной черепно-мозговой травмы неврологический дефицит у пациентов старших возрастных групп рас-

ценивался как более тяжелый по сравнению с лицами среднего возраста, в то же время достоверной разности в уровне тревожно-депрессивного синдрома нами не было выявлено.

Через шесть месяцев при применении теста на ориентацию и амнезию «Галвестон» нами было показано, что по мере увеличения возраста имели место более низкие показатели восстановления после перенесенной черепно-мозговой травмы: в среднем возрасте –  $78,4 \pm 5,9$  балла, пожилым –  $61,3 \pm 5,4$  балла, в старческом возрасте –  $52,1 \pm 5,6$  балла,  $p < 0,05$  (рис. 2).

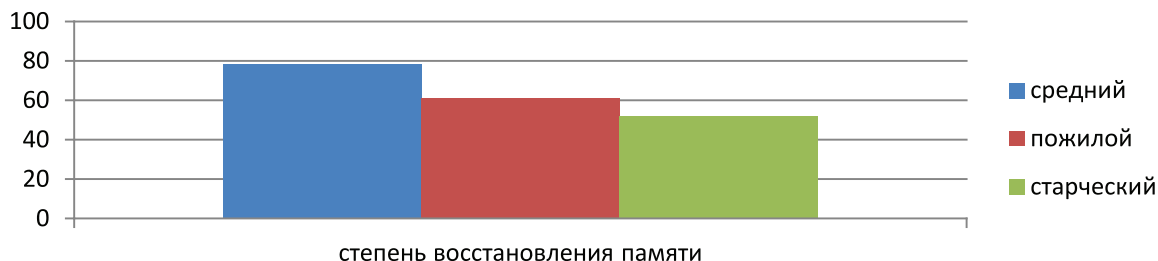


Рис. 2. Степень восстановления памяти и когнитивных способностей у пациентов разного возраста через шесть месяцев после перенесенной черепно-мозговой травмы (в баллах),  $p < 0,05$

Таким образом, нами получены данные, свидетельствующие о том, что через шесть месяцев имело место достовер-

но худшее восстановление ориентации и памяти у пациентов старших возрастных групп.

Через девять месяцев также сохранялись возраст-зависимые различия в степени восстановления после травмы (табл. 1).

Через шестнадцать месяцев после полученной черепно-мозговой травмы ее исходы выглядели следующим образом (табл. 2).

**Таблица 1**

Возрастные особенности динамики состояния пациентов с черепно-мозговой травмой (в баллах)

Параметр оценки	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Личностные изменения	1,3 ± 0,2	1,6 ± 0,1	2,1 ± 0,2*
Субъективные жалобы	1,2 ± 0,3	1,7 ± 0,2	2,0 ± 0,1*
Трудоспособность	1,3 ± 0,1	1,6 ± 0,1	2,1 ± 0,1*
Когнитивные функции	1,1 ± 0,2	1,6 ± 0,2	2,0 ± 0,1*
Физическое состояние	1,2 ± 0,2	1,6 ± 0,1	2,1 ± 0,2*
Повседневная активность	1,3 ± 0,2	1,8 ± 0,2	2,2 ± 0,1*

Примечание. \*p < 0,05 в возрастной динамике.

**Таблица 2**

Возрастные особенности исходов черепно-мозговой травмы у пациентов разного возраста (в М ± m, %)

Исходы	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Легкая астения	81,3 ± 5,7	10,2 ± 1,8	3,2 ± 0,7*
Умеренная астения	16,2 ± 2,0	78,5 ± 6,1	20,4 ± 2,1*
Выраженные нарушения двигательных и психических функций	2,5 ± 0,9	10,3 ± 2,1	76,4 ± 5,8*

Примечание. \*p < 0,05 в возрастной динамике.

Таким образом, при черепно-мозговой травме мы наблюдали лучшие функциональные исходы у пациентов среднего возраста, а по мере увеличения возраста они достоверно ухудшались и были наименее благоприятными у пациентов старческого возраста.

При проведении специализированного гериатрического осмотра (СГО) интегральная балльная оценка наличия и выраженности основных гериатрических синдромов выглядела следующим образом (табл. 3).

**Таблица 3**

Интегральные результаты применения специализированного гериатрического осмотра (в баллах)

Период исследования	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
3 месяца	2,3 ± 0,1	3,4 ± 0,2	4,5 ± 0,1*
6 месяцев	1,2 ± 0,2	3,6 ± 0,1	3,6 ± 0,1*
9 месяцев	0,9 ± 0,001	3,5 ± 0,1	3,5 ± 0,2*
16 месяцев	0,2 ± 0,001	3,5 ± 0,2	3,6 ± 0,3*

Примечание. \*p < 0,05 в возрастной динамике.

Полученные нами результаты позволяют прийти к заключению, что тяжесть общего состояния пациентов пожилого и старческого возраста была обусловлена

наличием гериатрических синдромов, частота встречаемости которых во все периоды наблюдения достоверно увеличивалась с возрастом (табл. 4).

Таблица 4

Встречаемость гериатрических синдромов у пациентов после перенесенной черепно-мозговой травмы в период ее исходов (в расчете на 100 пациентов)

Синдром	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Инконтиненция	12,4 ± 0,3 %	45,3 ± 3,1 %	72,8 ± 4,2 %
Синдром падений	10,3 ± 0,2 %	38,5 ± 2,9 %	69,1 ± 3,5 %
Мальнотриция	3,3 ± 0,1 %	26,1 ± 2,4 %	51,2 ± 3,6 %

Таким образом, мы выявили, что частота развития инконтиненции в период исходов черепно-мозговой травмы достоверно повышалась по мере старения (в расчете на 100 пациентов), также происходило увеличение распространенности синдрома падений, а также синдрома мальнотриции.

Нами было изучено состояние гериатрической помощи при черепно-мозговой травме. Сначала мы изучили возрастные особенности диагностических мероприятий. При изучении существующего положения дел при оказании помощи пациентам с черепно-мозговой

травмой были получены следующие данные (табл. 5). Было выявлено, что применение методов нейровизуализации достоверно снижалось по мере старения. Опросники и шкалы СГО фактически не применялись, что имело сильную положительную корреляцию с развитием гериатрических синдромов,  $r = +0,9$ ,  $p < 0,05$ . Это еще раз подтверждает, что возрастные особенности пациентов при оказании помощи при черепно-мозговой травме фактически не учитываются, что в значительной степени снижает качество оказываемой гериатрической помощи.

Таблица 5

Возрастные особенности диагностических мероприятий при черепно-мозговой травме в течение 16-месячного наблюдения (в расчете на 100 пациентов, М ± m, %)

Диагностические мероприятия	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Физикальный осмотр	99,9 ± 1,2	99,9 ± 1,2	99,8 ± 1,4
Изучение неврологического статуса	99,9 ± 1,4	99,9 ± 1,3	99,9 ± 1,2
Методы нейровизуализации	75,6 ± 1,3	62,4 ± 1,5	48,3 ± 1,4*
Специализированный гериатрический осмотр (опросники и шкалы)	1,1 ± 0,2	1,1 ± 0,3	1,2 ± 0,2

Примечание. \* $p < 0,05$  между возрастными группами.

С целью изучения возрастных особенностей лечебно-реабилитационных мероприятий мы провели анализ текущей медицинской документации и получили результаты, свидетельствующие об отсут-

ствии возраст-ориентированных принципов ведения пациентов, что также имело положительную корреляцию с персистенцией у них гериатрических синдромов (табл. 6).

Таблица 6

Возрастные особенности основных лечебно-реабилитационных мероприятий при черепно-мозговой травме (М ± m, %)

Лечебно-реабилитационные мероприятия	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Ятрогенная полипрагмазия	77,5 ± 1,3	83,1 ± 1,2	96,5 ± 1,2*
Ранняя активизация	51,6 ± 1,2	36,1 ± 1,4	17,1 ± 1,2*
Эрготерапия	54,2 ± 1,5	37,2 ± 1,2	17,2 ± 1,3*
Массаж	55,4 ± 1,4	37,3 ± 1,3	17,8 ± 1,1*
Логопедическая помощь	56,7 ± 1,6	21,4 ± 1,2	5,6 ± 1,2*
Психологическая помощь	37,8 ± 1,3	21,6 ± 1,3	1,4 ± 0,8*
Коррекция питания	57,2 ± 1,3	23,4 ± 1,6	12,1 ± 1,3*
Профилактика синдрома падений	53,3 ± 1,4	36,3 ± 1,4	15,7 ± 1,6*

Примечание. \* $p < 0,05$  в возрастной динамике.

Нами было выявлено, что через три месяца после перенесенной черепно-мозговой травмы неврологический дефицит у пациентов старших возрастных групп был более тяжелым по сравнению с лицами среднего возраста, в то же время психологический фон был в равной степени отягощен наличием тревожно-депрессивного синдрома равной степени выраженности. При продолжении наблюдения в шесть месяцев было выявлено достоверно худшее восстановление ориентации и памяти у пациентов старших возрастных групп. При этом через девять месяцев сохранялись отчетливые возраст-зависимые различия в степени восстановления после травмы, которые заключались в более выраженных у гериатрического контингента как психологических, так и функциональных, поведенческих нарушениях. На шестнадцатом месяце наблюдения нами получены результаты, согласно которым при черепно-мозговой травме имели место лучшие функциональные исходы у пациентов среднего возраста, а по мере увеличения возраста они достоверно ухудшались и были наименее благоприятными у пациентов старческого возраста. Данная картина разворачивалась на фоне достоверно большей распространенности гериатрических синдромов у лиц старших возрастных групп, которые являлись важным фактором отягощения клинической картины.

#### Заключение

Несмотря на выявленные возрастные особенности степени восстановления и клинической картины заболевания, мы получили данные, согласно которым при черепно-мозговой травме отсутствуют возраст-ориентированные подходы к ведению пациентов, что приводит к гиподиагностике гериатрических синдромов и недостаточном объеме именно возраст-ориентированных лечебных и реабилитационных мер. Это снижает качество реабилитации пациентов старших возрастных групп после перенесенной черепно-мозговой травмы, что проявляется достоверно более худшими показателями функционального восстановления, достоверно более значимыми в старческом возрасте. Это служит поводом для разработки возраст-ориентированных путей к диагностике с использованием специализированного гериатрического осмотра, а также лечебно-восстановительных мероприятий, направленных не только на

коррекцию последствия перенесенной черепно-мозговой травмы, но и других нарушений, присущих данной возрастной категории пациентов с целью улучшения медицинской помощи и качества их жизни.

#### Список литературы

1. Брискин Б.С., Ломидзе О.В. Влияние полиморбидности на диагностику и исход в абдоминальной хирургии у пожилых // Клиническая геронтология. – Вып. 4. – 2008. – С. 30–34.
2. Кривецкий В.В., Прошаев К.И., Пономарева И.П., Князькин И.В., Литвинов А.Е., Варавина Л.Ю., Евдокимова О.Н. Клиническая эпидемиология основных гериатрических синдромов в неврологической и нейрохирургической практике // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2012. – Т. 20. – № 22–2 (141). – С. 127–131.
3. Павлова Т.В., Нестеров А.В., Павлова Л.А., Жерновой М.Г. Черепно-мозговая травма у пациентов пожилого возраста и способы ее коррекции (клинико-экспериментальное исследование) // Научные ведомости Белгородского государственного университета. Серия: Медицина. Фармация. – 2010. – Т. 22. – № 12–1. – С. 78–82.
4. Прошаев К.И., Ильницкий А.Н., Кривецкий В.В., Варавина Л.Ю., Колпина Л.В., Горелик С.Г., Фесенко В.В., Кривцунов А.Н. Особенности клинического осмотра пациента пожилого и старческого возраста // Успехи геронтологии. – 2013. – № 3. – С. 472–475.
5. Сафарова Г.Л., Сафарова А.А., Лисененков А.И. Гендерные аспекты старения населения России // Успехи геронтологии. – 2014. – Т. 27. – № 2. – С. 236–240.

#### References

1. Briskin B.S., Lomidze O.V., Klinicheskaja gerontologija- Clinical gerontology, no.4, 2008, pp. 30–34.
2. Kriveckij V.V., Proshhaev K.I., Ponomareva I.P., Knjaz'kin I.V., Litvinov A.E., Varavina L.Ju., Evdokimova O.N., Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta – Scientific sheets of the Belgorod state university, 2012, Vol. 20, no 22–2 (141), pp. 127–131.
3. Pavlova T.V., Nesterov A.V., Pavlova L.A., Zhernovoj M.G., Nauchnye vedomosti Belgorodskogo gosudarstvennogo universiteta – Scientific sheets of the Belgorod state university, 2010, Vol. 22, no 12–1, pp. 78–82.
4. Proshhaev K.I., Il'nickij A.N., Kriveckij V.V., Varavina L.Ju., Kolpina L.V., Gorelik S.G., Fesenko V.V., Krivcunov A.N., Uspehi gerontologii – Achievements of gerontology, 2013, no. 3, pp. 472–475.
5. Safarova G.L., Safarova A.A., Lisenenkov A.I., Uspehi gerontologii – Achievements of gerontology, 2014, Vol. 27, no. 2, pp. 236–240.

#### Рецензенты:

Прошаев К.И., д.м.н., профессор, директор АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва;  
Ильницкий А.Н., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой терапии, гериатрии и антивозрастной медицины, ФГБОУ ДПО «Институт повышения квалификации» ФМБА, г. Москва.

Работа поступила в редакцию 29.12.2014.