

## СИНДРОМ ОСТРОГО ФУНКЦИОНАЛЬНОГО ДЕФИЦИТА

**А. Ильницкий**, доктор медицинских наук, профессор,  
**К. Прощаев**, доктор медицинских наук, профессор,  
**Н. Позднякова**, кандидат медицинских наук,  
**К. Ивко**,  
**И. Башук**

Научно-исследовательский медицинский центр  
«Геронтология», Москва

**E-mail:** nimcgerontologija@mail.ru

*Рассматриваются проблемы, связанные с развитием синдрома острого функционального дефицита у пациентов пожилого и старческого возраста, как во время стационарного лечения, так и после него.*

**Ключевые слова:** гериатрия, синдром острого функционального дефицита, пожилой возраст.

**Ф**изиологические изменения, связанные со старением (снижение силы мышц и аэробной активности, снижение плотности костной ткани, изменение аппетита и склонность к недержанию мочи), делают пожилых пациентов подверженными высокому риску осложнений во время госпитализации. Исследования показали, что у 30% пациентов пожилого и старческого возраста после госпитализации развивается синдром острой функциональной недостаточности как следствие самого острого заболевания, терапевтических или хирургических методов лечения, длительного постельного режима и других причин. Это подчеркивает актуальность данной проблемы и необходимость более подробного ее изучения.

Нами рассмотрены проблемы, связанные с развитием синдрома острого функционального дефицита у пациентов пожилого и старческого возраста (по материалам, опубликованным в 2001–2016 гг.).

Под острым функциональным дефицитом понимается внезапное изменение способности функционировать в исходном состоянии [1, 2]. Синдром функционального дефицита – один из наиболее распространенных клинических синдромов в гериатрической практике. Данных об эпидемиологии данного синдрома в литературе мало.

Острый функциональный дефицит является основной проблемой у 30–60% экстренно госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста; через 1 год после выписки из стационара восстановить функциональные способности до исходного уровня способны не более 50% пожилых пациентов [2, 3]. Синдром функционального дефицита представляет собой быстро развивающийся, динамичный процесс, а потому требует особого внимания.

Начало синдрома может быть острым или подострым. Острая форма – более неблагоприятная; развивается за пару дней или неделю; обычно вызывается одним из следующих факторов: интеркуррентными заболеваниями (инсульт, инфекция, инфаркт), декомпенсацией хронического заболевания (сахарный диабет, печеночная или почечная недостаточность), психологическим или социальным кризисом (смерть

супруга, госпитализации, помещение в дом престарелых). Синдром острого функционального дефицита требует неотложной медицинской помощи, как правило, в условиях стационара, где выявляют и устраняют причины и выводят пациента из этого состояния [4]. Прогноз зависит от основной причины, но, как правило, больной выздоравливает, если оценка проводится без задержки и если лечение и реабилитация осуществляются в кратчайшие сроки. Подострая форма синдрома функционального дефицита развивается на протяжении многих недель или даже месяцев. Чаще она представляет собой обострение ранее существовавшего хронического заболевания (например, болезни Паркинсона, хронической почечной недостаточности) или возникновение новой, не диагностированной ранее патологии (например, гипотиреоза, туберкулеза или рака). В некоторых случаях подострая форма может быть ятрогенной, вызванной долгосрочным лечением лекарственными препаратами с неожиданным токсическим эффектом (например, диуретики). Подострая форма синдрома функционального дефицита часто начинается в виде некоторых психических болезней у пациентов пожилого возраста (например, депрессия, психоз). Подострую форму трудно диагностировать. Прогноз менее определенный, чем при острой форме синдрома, но большое значение также имеет вовремя начатая реабилитация [2–5].

Стоит подчеркнуть, что и сама госпитализация в стационар может привести к функциональному дефициту. Госпитализация является неприятным событием в любом возрасте, а у пожилых может сопровождаться специфическими проблемами, к которым относятся побочные действия лекарственных средств, травмы, падения [5, 6]. Для пациентов старшей возрастной группы госпитализация также является дополнительным фактором риска возникновения инфекции, деменции, обезвоживания, мальнутриции и других гериатрических синдромов, что может привести к инвалидности и смерти. К факторам, которые связаны с госпитализацией и способствуют возникновению острого функционального дефицита, относят [7–9]:

- а) связанные с осуществлением медицинской помощи:
  - постельный режим;
  - физические ограничения, снижение подвижности;
  - использование устройств, ограничивающих мобильность (катетеры);
  - недостаточность питания и обезвоживание (диета не в соответствии с предпочтениями пациента, недостаточный доступ к воде);
  - снижение участия пациента в собственной повседневной деятельности (пользование туалетом, умывание, одевание);
  - полипрагмазия, использование лекарственных средств, влияющих на мобильность пациентов (снотворные, психотропные препараты);
- б) психоэмоциональные и поведенческие:
  - социальная депривация пациента с семьей;
  - недостаточный контакт и взаимодействие с пациентом во время планирования лечения;
- в) физические факторы:
  - особенности окружающей среды, не способствующей мобильности (высокая кровать, питание подают пациенту в постели);
  - отсутствие мебели и специального оборудования для поддержания мобильности (прикроватные кресла, подъемники, поручни, приподнятые унитазы, сиденья для душевых);

- способствующая дезориентации среда (отсутствие часов и календаря в комнате, освещение не соответствует времени суток, блики на полу, которые могут способствовать падениям);
- наличие постоянного шума, что приводит к нарушению сна;
- сенсорная депривация – отсутствие очков и слуховых аппаратов.

Снижение риска возникновения синдрома острого функционального дефицита у госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста существенно влияет на качество их жизни. Были определены стратегии, направленные на профилактику синдрома функционального дефицита у людей старшей возрастной группы [1, 5, 7–9]. Это:

- Комплексный гериатрический осмотр и оценка физического, психосоциального и функционального состояния при поступлении.
- Поощрение активности во время госпитализации, дозированная ходьба, занятия с инструктором лечебной физкультуры, разработка программ физической и профессиональной реабилитации.
- Ранняя мобилизация тяжелобольных на основе установленных протоколов.
- Применение вспомогательных устройств: слуховые аппараты, очки, ходунки, трости.
- Использование соответствующей обуви для предотвращения падений и для активизации пациентов.
- Оборудование безбарьерной среды – поручни, дверные рычаги, приспособленные унитазы, отсутствие нагромождений в палатах и коридорах, пандусы, большие часы и календари.
- Профилактика гериатрических синдромов – сбалансированное питание, уход за кожей, сведение к минимуму неблагоприятного воздействия отдельных процедур (например, мочевого катетеризации), когнитивные тренировки.
- Тщательный подбор терапии, минимальное использование седативных средств, подбор адекватных дозировок, мониторинг побочных эффектов.
- Профилактика эйджизма, поощрение независимости пожилых пациентов, поддержание у них чувства собственного достоинства.
- Взаимодействие врачебного, сестринского и младшего медицинского персонала на всех этапах оказания помощи пожилым пациентам.
- Обучение врачебного, сестринского и младшего медицинского персонала основам геронтологии и гериатрии, проблемам основных гериатрических синдромов, принципам ухода за пожилыми людьми.

На основании результатов проведенного исследования можно заключить, что большинство госпитализированных пациентов пожилого и старческого возраста подвержены высокому риску возникновения синдрома острого функционального дефицита как во время стационарного лечения, так и после него. Необходимо учитывать данный факт и соблюдать меры профилактики синдрома острого функционального дефицита.

## Литература

1. Covinsky K., Palmer R., Fortinsky R. et al. Loss of independence in activities of daily living in older adults hospitalized with medical illnesses: increased vulnerability with age // J. Am. Geriatr. Soc. – 2003; 51 (4): 451–8.

2. Boyd C., Landefeld C., Counsell S. et al. Recovery of activities of daily living in older adults after hospitalization for acute medical illness // J. Am. Geriatr. Soc. – 2008; 56 (12): 2171–9.

3. Gill T., Allore H., Gahbauer E. et al. Change in disability after hospitalization or restricted activity in older persons // J. Am. Med. Assoc. – 2010; 304 (17): 1919–28.

4. Gill T., Allore H., Holford T. et al. Hospitalization, restricted activity, and the development of disability among older persons // J. Am. Med. Assoc. – 2004; 292 (17): 2115–24.

5. Padula C., Hughes C., Baumhover L. Impact of a Nurse-Driven Mobility Protocol on Functional Decline in Hospitalized Older Adults // J. Nursing Care Quality. – 2009; 24 (4): 325–31.

6. Parker S., Fadayevatan R., Lee S. Acute hospital care for frail older people // Age Ageing. – 2006; 35: 551–2.

7. Gray L. Geriatric consultation: is there a future? // Age Ageing. – 2007; 36 (1): 1–2.

8. Gray L., Martin F. Classifying older patients in hospital // Age Ageing. – 2005; 34 (5): 422–4.

9. Lakhan P., Jones M., Wilson A. et al. A prospective cohort study of geriatric syndromes among older medical patients admitted to acute care hospitals // J. Am. Geriatr. Soc. – 2011; 59: 2001–8.

---

## **ACUTE FUNCTIONAL DEFICIENCY SYNDROME**

*Professor A. Ilnitsky, MD; Professor K. Proshchaev, MD; N. Poznyakova, Candidate of Medical Sciences; K. Ivko; I. Bashchuk  
Gerontology Research Medical Center, Moscow*

*The paper considers the problems associated with the development of acute functional deficiency syndrome in elderly and senile patients both during and after inpatient treatment.*

**Key words:** geriatrics, acute functional deficiency syndrome, elderly age.