

Ни один пациент не показал отсутствие либо низкий уровень выраженности кинезиофобии. Средний уровень психологической составляющей $21,2 \pm 3,4$, физической — $22,3 \pm 6,24$.

По шкале ВАШ в данной группе 1 (5 %) пациент отмечал слабую боль, 9 (45 %) — умеренную 10 (50 %) — сильную. Из 10 пациентов, 2 оценили свою боль в 9 баллов, как невыносимую.

По результатам опросника DN4, 12 (60 %) пациентов имеют результат 4 и выше, что свидетельствует о нейропатическом компоненте боли.

SF-36 оценивает качество жизни, было выявлено, что наибольший результат (>35) показали 8 (40 %) пациентов, что означает снижение качества жизни при хроническом болевом синдроме.

У пациентов с выраженной кинезиофобией — 17 (85 %), уровень личностной тревожности составил $34,2 \pm 7,3$ баллов, реактивной — $46,4 \pm 2,13$, высокий уровень личностной тревожности наблюдался у 9 (52,9 %) пациентов из 17, реактивной — 13 из 17 пациентов. Средний уровень депрессии по шкале Бека — $16,1 \pm 3,6$. На рисунке 1 представлены данные 17 пациентов с выраженной кинезиофобией по уровню депрессии.

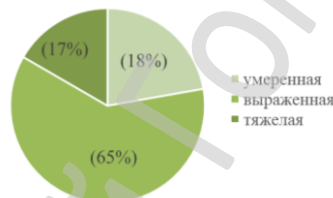


Рисунок 1 — Уровень депрессии у пациентов с выраженной кинезиофобией

Выводы

Среди пациентов в возрасте старше 60 лет с хроническим болевым синдромом при дегенеративных заболеваниях позвоночника распространенность кинезиофобии очень высока, в данном исследовании определена у 100% респондентов в различной степени выраженности. Проявления кинезиофобии необходимо диагностировать своевременно, так как высокие показатели свидетельствуют о необходимости проведения более углубленного психодиагностического исследования, с целью проведения психокоррекционных мероприятий, фармакотерапии болевого синдрома.

ЛИТЕРАТУРА

1. Котельникова, А. В. Апробация методики измерения кинезиофобии у больных с нарушением двигательных функций / А. В. Котельникова, А. А. Кукшина // Экспериментальная психология. — 2018. — Т. 11, № 2. — С. 50–62.
2. Медведева, Л. А. Выраженность расстройств тревожно-депрессивного спектра у пациентов с хронической головной болью / Л. А. Медведева, О. И. Загоруйко, Г. Е. Шевцова // Анестезиол. и реаним. — 2016. — С. 61–67.
3. Всемирная организация здравоохранения [Электронный ресурс]. — Режим доступа: <https://www.who.int/ageing/about/facts/ru/>. — Дата доступа: 20.10.2020.

УДК 616.74-007.23:616.711-002.16-009.7-036.12-053.88

АНАЛИЗ РАСПРОСТРАНЕННОСТИ И ВЫРАЖЕННОСТИ САРКОПЕНИИ СРЕДИ ЛИЦ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ХРОНИЧЕСКИМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ ПРИ ДЕГЕНЕРАТИВНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ПОЗВОНОЧНИКА

Ходькова Ю. В., Глянько К. Ю., Кавтунова А. С.

Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»
г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Саркопения — прогрессирующее генерализованное заболевание скелетных мышц, приводящее к потере мышечной массы и снижению мышечной функции [1].

Хроническая боль — неприятное ощущение и эмоциональное переживание, связанное с фактическим или потенциальным повреждением тканей или описываемое в терминах такого повреждения, персистирующее в течение 3-х и более месяцев. Хроническая боль у пациентов в возрастной категории старше 60 лет является одним из самых главных гериатрических синдромов. Распространенность хронической боли с возрастом увеличивается. По данным Национального центра статистики здравоохранения США, среди 20–40-летних этот показатель составляет 12,3 %, в группе 45–64 лет — 17,5 %, старше 65 лет — 14,9 %. В Норвегии среди лиц в возрасте 18–39 лет распространенность хронической боли достигает 19,2 %, в возрасте 40–59 лет — 27,5 %, 60–81 год — 31,2 %. По данным О. С. Левина, к 60-ти годам около 20 % людей страдают хронической болью в различных отделах позвоночника, а к 75 годам этот показатель достигает 50 % у мужчин и до 90 % у женщин [2].

Одним из гериатрических синдромов, ассоциируемых со старением организма, является саркопения. По данным Американского центра по контролю и профилактике заболеваний (Center for Disease Control and Prevention), саркопения является одним из пяти основных факторов риска заболеваемости и смертности у лиц старше 65 лет. Человек начинает терять мышечную массу уже после 30 лет (по 3–5% каждые 10 лет, подсчитали гарвардские ученые), и этот процесс ускоряется после 50 лет. Клиническая и социальная значимость данного заболевания, огромна и ассоциируется с увеличением риска падений и переломов, сердечно-сосудистыми, респираторными заболеваниями, когнитивными нарушениями, а также обуславливает снижение функциональных возможностей и способности к самообслуживанию [1, 3].

Цель

Изучить распространенность и степень выраженности саркопении среди пациентов пожилого возраста с хроническим болевым синдромом в анамнезе, на стационарном этапе.

Материал и методы исследования

Было обследовано 27 пациентов в возрасте старше 60 лет с хроническим болевым синдромом при дегенеративных заболеваниях позвоночника, находившихся на плановом лечении в терапевтических отделениях № 1, № 2, № 3 на базе учреждения «Гомельский областной клинический госпиталь инвалидов Отечественной войны» Предварительно было получено информированное согласие пациентов. Средний возраст респондентов составил — $73 \pm 7,17$ года, из них $74 \pm 7,64$ среди женщин и $70 \pm 5,3$ среди мужчин. С целью определения интенсивность и характера боли применялись опросники ВАШ, DN4, PainDetect. Наличие и выраженность саркопении определялась при помощи опросника SARC-F. С целью оценки качества жизни применялся опросник SF-36. Также у каждого из пациентов анализировался психоэмоциональный статус путем определения уровня депрессии по шкале Бека, а также уровня реактивной и личностной тревожности по шкале Спилбергера-Ханина. Предварительно у пациентов было получено информированное согласие на использование результатов обследования. Статистическая обработка выполнена при помощи программ «Microsoft Excel», «Statistica» 12.0, а также представлены с помощью моды, верхнего и нижнего квартилей.

Результаты исследования и их обсуждение

Всего обследовано пациентов — 27, из них женщин — 22 (82 %), мужчин — 5 (18 %), средний возраст которых составил $73 \pm 7,17$ года.

По результатам исследования оценено значение ВАШ у стационарных пациентов с саркопенией. Средний показатель в группе по данной шкале составил 5,22 балла. Считается, что при значении ВАШ более 5 баллов имеет место существенное снижение качества жизни.

Результаты исследования опросника DN4 показали, что из 27 исследуемых человек 16 (59 %) пациентов имели нейропатическую боль или нейропатический компонент боли (при смешанных ноцицептивно-нейропатических болевых синдромах).

По результатам опросника PainDetect удалось выявить, что у 4 (15 %) пациентов наличие невропатического компонента боли маловероятно (≤ 15 %), у 7 (26 %) пациентов был неопределенный результат, однако, возможно наличие невропатического компонента боли, а у 16 (59 %) имела место высокая вероятность наличия невропатического компонента боли (≥ 90 %).

По опроснику SARC-F было обнаружено, что все пациенты, участвующие в исследовании имели клинические признаки саркопении: 8 (30 %) человек — слабой выраженности, 12 (44 %) человек — средней, 7 (26 %) человек — сильной.

По результатам опросника SF-36, который оценивает качество жизни, было выявлено снижение уровня качества жизни обследованных пациентов, показатели состояния общего физического благополучия в данной группе составили 29 [27,6; 29,2] баллов, а состояние общего душевного благополучия — 51 [27,3; 32,3] балла. При оценке физического и психического благополучия у одной из пациенток оба показателя оказались наименьшими — 25,5 и 27,2 баллов соответственно, что напрямую свидетельствует о значительном снижении уровня качества жизни. Данные результаты можно интерпретировать как прямую взаимосвязь снижения уровня качества жизни из-за имеющейся хронической боли при дегенеративных заболеваниях позвоночника, а также выявленного в данной группе гериатрического синдрома — саркопении.

У всех пациентов анализировался психоэмоциональный статус путем определения уровня депрессии по шкале Бека, по результатам которой было выяснено, что у 8 (30 %) пациентов депрессия отсутствовала, у 8 (30 %) пациентов присутствовала легкая депрессия (субдепрессия), у 6 (22 %) пациентов — умеренная, у 4 (15 %) пациентов — выраженная депрессия (средней тяжести) и у одного пациента — тяжелая депрессия. Уровень реактивной тревожности по Спилбергеру-Ханину показал, что у 4 (15 %) обследуемых выявлен низкий уровень тревожности, у 12 (44 %) обследуемых была умеренная тревожность, а у 11 (41 %) обследуемых — высокий уровень тревожности. Уровень личностной тревожности по Спилбергеру-Ханину выявил, что у 10 (37 %) пациентов имела место умеренная тревожность и у 17 (63 %) — высокий уровень тревожности.

Выводы

Таким образом, саркопения является распространенным синдромом среди пациентов в возрасте старше 60 лет, у которых в анамнезе имеется хронический болевой синдром. В исследуемой группе выявляемость саркопении составила 100 %, что свидетельствует о необходимости своевременной диагностики, так как данное заболевание может привести к повышенному риску падений и переломов, нарушений способности к самообслуживанию, инвалидизации, утрате независимости и повышенному риску смертельного исхода. Все последствия заболевания ведут к значительному снижению качества жизни, а также к возникновению психических нарушений, таких как тревожно-депрессивные расстройства разной степени выраженности.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Воскресенская, О. Н.* Неспецифическая боль в спине и саркопения / О. Н. Воскресенская, Д. О. Туряница // *Consilium Medicum*. — 2019. — Т. 21, № 9. — С. 81–84.
2. *Калинченко, С. Ю.* Саркопения: определение, классификация, методы smart диагностики. Современные методы профилактики и борьбы с саркопенией / С. Ю. Калинченко // *Вопросы диетологии*. — 2017. — Т. 7, № 1. — С. 68–69.
3. *Руденко, Е. В.* Саркопения: диагностика, профилактика, лечение / Е. В. Руденко // *Рецепт*. — 2019. — Т. 22, № 6. — С. 861–875.