

## ГЕРИАТРИЧЕСКАЯ ПОМОЩЬ ПАЦИЕНТАМ С ДИСКОГЕННЫМ ПОЯСНИЧНО-КРЕСТЦОВЫМ РАДИКУЛИТОМ

Кривецкий В.В.

*Белгородский государственный национальный исследовательский университет, г.Белгород, info@bsu.edu.ru*

В исследовании изучены возрастные особенности клинического состояния пациентов пожилого и старческого возраста с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом и существующее положение дел в их ведении. Было выявлено, что у пациентов всех возрастных групп через один месяц после начала болевого синдрома в нижней части спины наблюдались выраженные нарушения жизнедеятельности, на шестом месяце наблюдения нами было констатировано, что при длительном болевом синдроме в нижней части спины у пациентов пожилого и старческого возраста наблюдались более выраженные нарушения адаптации. Также были выявлены особенности формирования некоторых гериатрических синдромов именно при дискогенном пояснично-крестцовом радикулите. Данные полученные при изучении ситуации с оказанием помощи пациентам старших возрастных групп с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, свидетельствуют о недостаточном применении специализированных диагностических и лечебно-реабилитационных гериатрических мероприятий.

Ключевые слова: пожилой возраст, радикулит.

## GERIATRIC HELP TO PATIENTS WITH DISCOGENIC SCIATICA

Krivetsky V.V.

*Belgorod National Research University, Belgorod, info@bsu.edu.ru*

In the research we have studied age peculiarities of a clinic condition of elderly patients with discogenic sciatica and the existing state of their managing. We have found out that patients of all age groups came through acute misbalance of their way of life in a month since the first pain in a lower back have appeared. On the sixth month of our research we have also noticed that elderly patients suffering from a prolonged pain syndrome in a lower back had more defined disorders of adaptation. We have also singled out peculiarities of the origin of some geriatric syndromes accompanying discogenic sciatica. The data received in the process of studying the situation of giving medical help to elderly patients with discogenic sciatica confirm that the implementation of specialized diagnostic and therapeutic-rehabilitative geriatric measures is not sufficient.

Keywords: seniors, radiculitis.

В настоящее время в связи с увеличением удельного веса людей пожилого и старческого возраста в популяции наблюдается закономерный процесс «гериатризации» медицины [6]. В этой связи в международной практике широко изучаются так называемые гериатрические синдромы, которые сопровождают разнообразные заболевания пожилого и старческого возраста и являются предметом первоочередного внимания специалистов в области гериатрии [4]. К таким синдромам относят гипомобильность, мальнутрицию, недержание мочи и кала, падения, синдром когнитивного дефицита, дегидратацию, нарушения терморегуляции и пр. [1,3]. Надо отметить, что в отношении пациентов неврологического и нейрохирургического профиля проблема распространенности, закономерностей возникновения, течения, диагностики и особенностей лечения гериатрических синдромов практически не изучена [2]. Это затрудняет оказание высококачественной специализированной медицинской помощи людям пожилого и старческого возраста с неврологической и нейрохирургической помощью, приводит к снижению качества их жизни,

увеличение социального груза при поддержании адекватной жизнедеятельности гериатрического сегмента популяции [5].

**Цель исследования:** изучить возрастные особенности клинического состояния пациентов пожилого и старческого возраста с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом и существующее положение дел в их ведении.

**Материал и методы.** Мы провели исследование на базе белгородской поликлиники №1, белгородского центра «Поколения». В исследование были включены пациенты с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом – в среднем возрасте – 33 человека (средний возраст составлял  $46,2 \pm 1,4$  года), пациентов пожилого возраста – 32 ( $66,4 \pm 1,5$  года), пациентов старческого возраста – 32 человека ( $78,3 \pm 1,4$  года).

При проведении исследования нами был применен комплекс опросников и шкал, характерных для специализированного гериатрического осмотра (СГО) в следующие сроки течения заболевания: в 1 месяц (подострый этап течения заболевания, включая болевой синдром), в 6 месяцев (этап хронического, длительного болевого синдрома).

При дискогенном пояснично-крестцовом радикулите: в первый месяц был применен Law back pain and disability questionnaire, Roland-Morris (Опросник Роланда-Морриса «Боль в нижней части спины и нарушение жизнедеятельности»), на шестой месяц был применен Hopkins symptom checklist (Шкала регистрации симптомов Хопкинса).

Также были применены общие опросники при проведении СГО, в частности: The Pittsburg Sleep Quality Index (Питтсбургская Шкала для оценки качества сна), Mini Nutritional Assessment (Шкала для оценки качества питания), Urinary Distress Inventory – 6 (Опросник для выявления синдрома инконтиненции), Mini Mental Scale Examination (Опросник для выявления когнитивной дисфункции), Falls Efficacy Scale (Шкала оценки риска развития синдрома падений).

Кроме того, в выделенных группах пациентов был изучен объем проведенных лечебно-реабилитационных мероприятий, их соответствие гериатрическому статусу.

### **Результаты и обсуждения**

Для изучения возрастных особенностей состояния пациентов с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом нами были использованы нозоспецифические опросники и шкалы, которые мы применили на первый и шестой месяц течения заболевания. Были получены следующие результаты.

При применении опросника Роланда-Морриса было показано, что нарушения жизнедеятельности, обусловленные болевым синдромом в нижней части спины, в среднем возрасте соответствовали  $7,2 \pm 1,3$  баллам, в пожилом возрасте –  $9,5 \pm 1,2$  баллам, в старческом возрасте –  $12,4 \pm 1,1$  баллам,  $p < 0,05$  (рисунок 1).

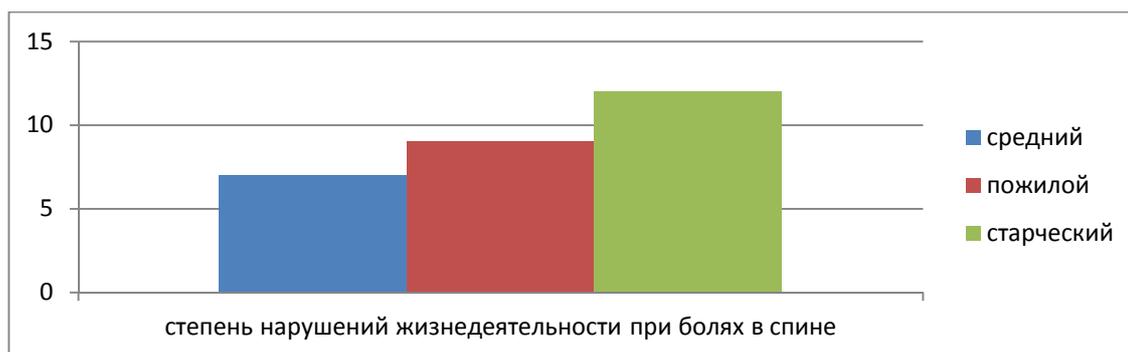


Рис. 1. Степень нарушений жизнедеятельности у пациентов разного возраста при болях в нижней части спины,  $p < 0,05$

Таким образом, у пациентов всех возрастных групп через один месяц после начала болевого синдрома наблюдаются выраженные нарушения жизнедеятельности по данным опросника Роланда-Морриса, но их степень увеличивается по мере старения.

Через шесть месяцев после начала заболевания мы также наблюдали более сниженный уровень адаптации пациентов пожилого и старческого возраста к заболеванию, что в балльной оценке имело следующий характер: средний возраст –  $8,4 \pm 1,5$  балла, пожилой возраст –  $11,6 \pm 1,3$  балла, старческий возраст –  $15,2 \pm 1,2$  балла,  $p < 0,05$  (рисунок 2).

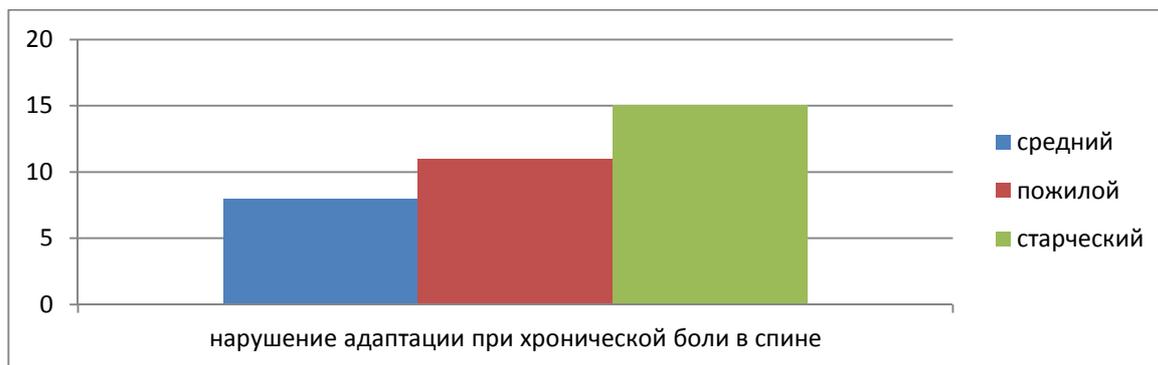


Рис. 2. Нарушение адаптации при хронической боли в спине у пациентов разного возраста (в баллах),  $p < 0,05$

Таким образом, при длительном болевом синдроме в нижней части спины у пациентов пожилого и старческого возраста наблюдаются более выраженные нарушения адаптации, в том числе ассоциированные с гериатрическими синдромами, такими как тревожно-депрессивный, инсомния, полипрагмазия и излишнее употребление лекарственных препаратов.

При применении методов СГО интегральная балльная оценка наличия и выраженности основных гериатрических синдромов в динамике наблюдения в трех возрастных группах была следующей (табл. 1).

*Интегральные результаты применения специализированного гериатрического осмотра  
(в баллах)*

Период исследования	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
3 месяца	2,4±0,2	3,6±0,3	4,5±0,2*
6 месяцев	1,3±0,2	3,7±0,2	3,7±0,3*
9 месяцев	0,9±0,002	3,6±0,2	3,6±0,3*
16 месяцев	0,2±0,002	3,6±0,2	3,7±0,3*

*\*p<0,05 в возрастной динамике*

Как и при других рассмотренных в предыдущих главах заболеваниях, наибольшее значение при дискогенном пояснично-крестцовом радикулите имели такие гериатрические синдромы как инконтиненция, падения и недостаточность питания (мальнутриция) (табл.2).

*Таблица 2*

*Распространённость гериатрических синдромов у пациентов с дискогенным пояснично-крестцовым радикулите через шесть месяце наблюдения (в расчете на 100 пациентов)*

Гериатрические синдромы	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Инконтинентный синдром	13,1±0,2%	46,2±3,0%,	71,5±4,1%
Синдром падений	8,4±0,3%	36,1±2,4%	68,7±3,2%
Синдром мальнутриции	3,2±0,2%	26,7±2,1%	51,8±3,5%

Частота инконтинентного синдрома при хроническом болевом синдроме в нижней части спины (через шесть месяцев наблюдения) достоверно повышалась по мере увеличения возраста.

Основными причинами развития синдрома инконтиненции выступили в пожилом и старческом возрасте следующие состояния: возрастные атрофические изменения слизистых оболочек мочевыделительных путей - 53,1±8,1% и 76,5±8,6%, тревожно-депрессивный синдром - 18,4±2,1% и 34,2±3,0%, синдром полипрагмазии, избыточное самостоятельное употребление медикаментов - 61,2±8,5% и 86,3±8,4%, синдром гипомобильности вследствие длительного болевого синдрома в нижней части спины - 62,3±8,2% и 83,6±8,4%, запоры – 51,3±8,3% и 71,6±8,1%, p<0,05.

Особенностью частоты факторов риска синдрома инконтиненции является превалирование таких из них как полипрагмазия, синдром гипомобильности на фоне

хронического болевого синдрома в нижней части спины, запоры, атрофические возрастные изменения слизистых оболочек мочевыводящих путей.

Преимущественными факторами риска развития синдрома падений у пациентов старших возрастных групп явились (на 100 пациентов): когнитивный дефицит –  $36,7 \pm 3,2\%$  и  $65,7 \pm 5,3\%$ , снижение слуха как инволютивное состояние –  $39,1 \pm 4,0\%$  и  $71,6 \pm 6,1\%$ , снижение зрения -  $40,2 \pm 3,4\%$  и  $72,5 \pm 6,2\%$ , нарушение самообслуживания в связи с хроническими болями в нижней части спины -  $51,5 \pm 3,7\%$  и  $74,1 \pm 5,6\%$ , синдром головокружения -  $28,3 \pm 3,1\%$  и  $51,5 \pm 4,1\%$ , синдром ортостатической гипотензии -  $16,7 \pm 1,4\%$  и  $29,1 \pm 3,2\%$ ,  $p < 0,05$ . Как видно из представленных результатов, при дискогенном пояснично-крестцовом радикулите по сравнению с другими рассмотренными заболеваниями, одним из важных факторов риска развития синдрома падений выступило ограничение самообслуживания в связи с болевым синдромом, что согласуется с результатами опроса пациентов и свидетельствует о необходимости учета данного фактора при составлении лечебно-реабилитационных программ.

Основными факторами риска синдрома мальнутриции явились: стоматологические проблемы –  $41,6 \pm 3,2\%$  и  $71,5 \pm 5,3\%$ , когнитивный дефицит -  $40,4 \pm 3,1\%$  и  $68,7 \pm 5,2\%$ , отсутствие учета возрастных особенностей питания и приготовления пищи -  $40,9 \pm 3,4\%$  и  $42,1 \pm 3,1\%$ , ограничения самообслуживания -  $52,1 \pm 3,9\%$  и  $75,1 \pm 5,8\%$ , артроз мелких суставов кисти с нарушением функции схватывания -  $26,1 \pm 2,3\%$  и  $56,2 \pm 4,5\%$ , сопутствующий длительной боли в нижней части спины тревожно-депрессивный синдром -  $18,2 \pm 2,0\%$  и  $36,1 \pm 3,2\%$ ,  $p < 0,05$ . Из полученных результатов следует, что и в развитии синдрома мальнутриции, как и других гериатрических синдромов, важное значение имеет хроническая боль, приводящая к ограничению самообслуживания.

При изучении возрастных особенностей оказания лечебно-реабилитационной помощи пациентам с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом нами были получены следующие результаты (табл. 3)

Таблица 3

*Возрастные особенности диагностических мероприятий при дискогенном пояснично-крестцовом радикулите в течение 6-месячного наблюдения  
(в расчете на 100 пациентов,  $M \pm m$ , %)*

Диагностические мероприятия	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Физикальный осмотр	$99,9 \pm 1,2$	$99,9 \pm 1,2$	$99,8 \pm 1,4$
Изучение неврологического статуса	$99,9 \pm 1,4$	$99,9 \pm 1,3$	$99,9 \pm 1,2$
Методы нейровизуализации	$75,6 \pm 1,3$	$62,4 \pm 1,5$	$48,3 \pm 1,4^*$

Специализированный гериатрический осмотр (опросники и шкалы)	1,1±0,2	1,1±0,3	1,2±0,2
---	---------	---------	---------

*\*p<0,05 между возрастными группами*

Анализ полученных данных показал, что применение методов нейровизуализации достоверно снижалось по мере старения, опросники и шкалы специализированного геронтологического осмотра фактически не применялись, что носило сильную положительную корреляцию с развитием гериатрических синдромов,  $r=+0,9$ ,  $p<0,05$ .

При проведении исследования применения лечебно-реабилитационных мероприятий у пациентов с пояснично-крестцовым радикулитом было выявлено, что по мере старения имело место увеличение распространенности синдрома полипрагмазии, недостаточный в старших возрастных группах охват ранней активизацией по мере снижения выраженности болевого синдрома, методами физической реабилитации; недостаточный охват эрготерапией в старших возрастных группах; снижение охвата массажем по мере увеличения возраста; недостаточный охват мерами психологической помощи в возрасте старше 60 лет. Нами также был выявлен недостаточный уровень мероприятий по купированию синдрома недостаточности питания (табл. 4).

*Таблица 4*

*Возрастные особенности основных лечебно-реабилитационных мероприятий при дискогенном пояснично-крестцовом радикулите ( $M\pm m$ , %)*

Лечебно-реабилитационные мероприятия	Возраст		
	Средний	Пожилой	Старческий
Полипрагмазия	78,4±1,2	84,3±1,4	97,2±1,3*
Ранняя активизация	52,7±1,3	37,2±1,5	18,2±1,3*
Эрготерапия	55,3±1,4	38,1±1,3	14,1±1,1*
Массаж	56,2±1,3	38,4±1,2	18,1±1,2*
Психологическая помощь	38,1±1,4	22,4±1,2	1,5±0,7*
Коррекция питания	58,1±1,5	22,5±1,5	11,3±1,4*
Профилактика синдрома падений	54,1±1,3	36,2±1,3	15,6±1,5*

*\*p<0,05 в возрастной динамике*

Нами было выявлено, что у пациентов всех возрастных групп через один месяц после начала болевого синдрома в нижней части спины наблюдались выраженные нарушения жизнедеятельности по данным опросника Роланда-Морриса, но их степень увеличивалась по мере старения. На шестом месяце наблюдения нами было констатировано, что при длительном болевом синдроме в нижней части спины у пациентов пожилого и старческого возраста наблюдались более выраженные нарушения адаптации. Также были выявлены

особенности формирования некоторых гериатрических синдромов именно при дискогенном пояснично-крестцовом радикулите. Например, одним из важных факторов риска развития синдрома падений выступило ограничение самообслуживания в связи с болевым синдромом в нижней части спины.

### **Заключение**

Данные полученные при изучении ситуации с оказанием помощи пациентам старших возрастных групп с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом, свидетельствуют о недостаточном применении специализированных диагностических и лечебно-реабилитационных мероприятий пациентов пожилого и старческого возраста. С целью улучшения качества оказываемой помощи пациентам данного профиля существует необходимость учитывать особенности сопутствующей патологии присущей данной возрастной группе. Это указывает на необходимость разработки путей улучшения тактики ведения пациентов пожилого и старческого возраста с дискогенным пояснично-крестцовым радикулитом с целью повышения степени функционального восстановления и качества жизни, с применением современных методик, применяемых в гериатрии.

### **Список литературы**

1. Ильницкий А.Н., Прощаев К. И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. – 2013. – № 1; URL: [gerontology.esrae.ru/ru/1-2](http://gerontology.esrae.ru/ru/1-2)
2. Кривецкий В.В., Прощаев 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. Прощаев 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. - N 3. - С.472-475.
4. Прощаев К. И. Ильницкий А. Н., Коновалов С. С. Избранные лекции по гериатрии — СПб.: Издательство «прайм-ЕВРОЗНАК», 2008. — 800 с.
5. Пырков П.П. Некоторых клинико-социальных факторах, снижающих качество жизни пожилых пациентов в многопрофильной больнице скорой помощи // Клиническая геронтология. - 2010. - Т. 16. - № 9-10. - С. 68-69.
6. Сафарова Г.Л., Сафарова А.А., Лисененков А.И. Гендерные аспекты старения населения России // Успехи геронтологии. - 2014. - Т. 27. - № 2. - С. 236-240.

**Рецензенты:**

Прощаев 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.