

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОХОНДРОЗОМ ПОЗВОНОЧНИКА

Василевская М.А.¹, Парфенов Ю.А.², Парфенов С.А.²

¹Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова, Санкт-Петербург, e-mail: marina-a-v2011@yandex.ru;

²Северо-Западный институт управления Российской академии народного хозяйства и государственной службы при Президенте Российской Федерации, Санкт-Петербург, e-mail: my-internety@yandex.ru

Более половины пациентов, страдающих остеохондрозом, испытывают боль и ограничения движения, что существенно ограничивает повседневную активность человека, отрицательно влияя не только на физический компонент, но и на психическую составляющую. На фоне дегенеративных изменений в организме, характерных для пожилого возраста, снижения пластических и функциональных резервов, отягощения течения остеохондроза сопутствующими заболеваниями, лица старшей возрастной группы являются наиболее уязвимыми с точки зрения негативных изменений качества жизни. Нами проведено исследование 220 пациентов поликлиники № 91 Санкт-Петербурга. Выяснено, что остеохондроз у лиц старшей возвратной группы протекает с более выраженными структурными изменениями позвоночного столба на фоне снижения активности обменных и репаративных процессов. Для них характерны более частое появление протрузий и грыж, висцеральных нарушений, а также рефлекторных синдромов, что негативно влияет на качество жизни таких больных. В это же время выраженность болевого синдрома не всегда отражает реальные структурные изменения позвоночного столба. Физический и психический компонент качества жизни у пациентов с остеохондрозом позвоночника снижены из-за сильного ограничения повседневной физической активности, а также снижения самочувствия, активности и настроения, что может требовать психологического наблюдения и коррекции.

Ключевые слова: остеохондроз позвоночника, пожилые лица, качество жизни.

THE QUALITY OF LIFE OF ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOCHONDROSIS OF THE SPINE

Vasilevskaya M.A.¹, Parfenov Yu.A.², Parfenov S.A.²

¹North-West State Medical University. I.I. Mechnikov, Saint Petersburg, e-mail: marina-a-v2011@yandex.ru;

²North-West Institute of Management of the Russian Academy of National Economy and Public Administration under the President of the Russian Federation, Saint Petersburg, e-mail: my-internety@yandex.ru

More than half of patients with osteochondrosis suffer from pain and movement restrictions that significantly limit their daily activities, adversely affecting not only the physical components, but also the mental component. Against of degenerative changes in the body, characteristic for the elderly, reduction of plastic and functional reserves, mutual osteochondrosis and other nosology, the older age group is the most vulnerable from the point of view of negative changes in the quality of life. We conducted research on 220 patients of clinic № 91 in St. Petersburg. It was found out that osteochondrosis in the persons of the older age group proceeds with more pronounced structural changes of the spinal column against the background of a decrease in the activity of metabolic and reparative processes. They are characterized by more frequent appearance of protrusions and hernias, visceral disorders, as well as reflex syndromes, which badly affects the quality of life of such patients. At the same time, the severity of the pain syndrome does not always reflect the actual structural changes in the spinal column. The physical and mental component of the quality of life in patients with osteochondrosis reduced due to a strong restriction of daily physical activity and a negative attitude towards the disease with a depressive component, which may require psychological observation and correction.

Keywords: osteochondrosis of the spine, elderly, quality of life.

Позвоночник является анатомической и функциональной структурой со сложным, уникальным строением. Его «единицей» является позвоночно-двигательный сегмент (ПДС) – аппарат, имеющий своё кровоснабжение и иннервацию, состоящий из межпозвонкового диска, ограниченного сверху и снизу телами двух позвонков, и участвующий, при помощи

связочного и мышечного комплексов, в функционировании опорно-двигательной системы [1].

Остеохондрозом позвоночника (ОП) называют хроническое мультифакторное заболевание, имеющее в своей основе дегенеративно-дистрофические изменения в позвоночнике; для него характерно рецидивирующее течение [2]. По информации Росстата [3] заболевания костно-мышечной системы и соединительной ткани являются причиной более 15 % всех дней временной трудоспособности, что определяет социальную значимость данных заболеваний.

В настоящее время считается, что метаболические нарушения в диске, сопровождающиеся разрушением сложной структуры полисахаридов и последующей дегидратацией студенистого ядра, а затем фиброзного кольца [1], являются причиной остеохондроза позвоночника. Данное заболевание начинается с дегенерации межпозвонкового диска и распространяется на другие составляющие ПДС [2]. Клиническое течение при этом полиморфно и сопровождается различными неврологическими проявлениями, вызванными непосредственным нарушением структуры ПДС, сдавлением нервных структур – корешков спинномозговых нервов, спинного мозга, а также рефлекторными болевыми синдромами: мышечным дефансом, ограничением объема движений [2, 4]. Проявления заболевания различны и определяются уровнем поражения позвоночника и стадией заболевания.

Более половины пациентов, страдающих остеохондрозом, испытывают боль и ограничения движения, что существенно ограничивают повседневную активность человека, отрицательно влияя не только на физический компонент, но и на психическую составляющую [1, 2, 4-6]. На фоне дегенеративных изменений в организме, характерных для пожилого возраста, снижения пластических и функциональных резервов, отягощения течения остеохондроза сопутствующими заболеваниями, лица старшей возрастной группы являются наиболее уязвимыми с точки зрения негативных изменений качества жизни [1, 7-11]. Данный факт обуславливает актуальность настоящего исследования и социальную значимость изучения и улучшения качества жизни пациентов старшей возрастной группы по причине увеличения среднего возраста в Российской Федерации и в мире в целом [3, 11-14].

Целью исследования явилось изучение качества жизни пациентов пожилого возраста с остеохондрозом позвоночника.

Материалы и методы

Исследование проведено в период с 2014 по 2016 год на базе отделений ГБУЗ ГП № 91 № 50 и 150 для взрослых.

Объектом исследования стали пациенты среднего и пожилого возраста, подписавшие информированное согласие на участие в исследовании. В исследование включались пациенты с ведущими синдромами при остеохондрозе (дегенеративно-дистрофические изменения костной и хрящевой ткани, мышечно-тонический синдром, синдром статико-динамических нарушений). Исключались пациенты с онкологическими заболеваниями, в состоянии острого психоза, с фотосенситивной эпилепсией, деменцией, остеопорозом, с травмой позвоночника в анамнезе, пациенты старше 75 лет. По итогам отбора сформированы две группы: группа сравнения (n=70, лица от 44 до 59 лет) и основная (n=150, лица от 60 до 74 лет).

По результатам анализа имеющейся медицинской документации и клинико-инструментального обследования респондентов сформирована база данных, для чего отобраны следующие данные каждого пациента:

1. Пол, возраст;
2. Возраст выявления заболевания, его стадия и распространённость, наличие и характер жалоб, неврологические симптомы, наличие другой соматической патологии;
3. Данные клинико-инструментального исследования;
4. Результаты дополнительного обследования с использованием аналоговой шкалы боли (ВАШ) и опросника «Оценки качества жизни» (SF-36).

Так как в выборке были пациенты с различной топикой ОП, не считая распространённых форм, которые поражали два и более отделов позвоночника, для улучшения качества обработки информации, симптомы проявления остеохондроза, после соответствующей дифференциальной диагностики, фиксировали как дихотомические переменные (есть/нет) следующим образом:

1. Любые ограничения по причине прогрессирования ОП в движении хотя бы одного отдела позвоночника отмечались положительным значением переменной «Ограничения движения».
2. Если при осмотре неврологом выявлены положительные симптомы натяжения, то это фиксировалось в положительном значении параметра «Симптомы натяжения».
3. Если у пациента имели место симптомы наличия протрузий или грыж межпозвонковых дисков, то это фиксировалось в положительном значении параметра «Компрессия».
4. Если у больного выявлялся синдром позвоночной артерии, либо нарушения работы внутренних органов, с доказанным участием ОП, то это фиксировалось в положительном значении параметра «Висцеральные нарушения».

Статистическая обработка полученных данных производилась на базе персонального компьютера в табличном процессоре Excel 2013 и пакетах прикладных программ STATISTICA 10 и IBM SPSS Statistics 22,0.

При анализе количественных данных сначала выполнялась оценка нормальности распределения изучаемых параметров с помощью критерия Шапиро – Уилка, равенство дисперсий проверялось критерием Ливиня.

По результатам проверки в подавляющем большинстве случаев выявлено распределение, отличающееся от нормального, поэтому сравнение количественных данных проводилось с помощью непараметрического U-критерия Манна – Уитни. Описание данных и их дисперсии имело вид: Me (Q25; Q75), где Me – медиана, Q25 и Q75 – 25 % и 75 % квартили соответственно.

Доверительные интервалы для частот рассчитывались с применением метода Вальда с коррекцией по Агрести – Коулу. Анализ качественных данных производился в режиме многопольных таблиц сопряженности с помощью критерия χ^2 Пирсона, при необходимости, к нему применялась поправка Йетса на непрерывность. Описание данных имело вид: p (нижняя граница 95 % ДИ; верхняя граница 95 % ДИ), где p – частота встречаемости признака в выборке, %; ДИ – доверительный интервал.

Критический уровень значимости, при котором отвергалась нулевая гипотеза об отсутствии различий между изучаемыми группами, для парных сравнений выбран $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение

В ходе анализа структуры проявлений ОП в обеих группах выявлены существенные различия. Во-первых, все 4 группы симптомов, закодированных как дихотомические переменные, наблюдались значительно чаще в группе сравнения, чем в основной. Так, частота встречаемости синдрома позвоночной артерии либо нарушения работы внутренних органов по причине ОП в основной выборке оказалась более, чем в два раза выше, чем в группе сравнения, 78,67 % (71,28 %; 84,56 %) против 32,86 % (22,70 %; 44,86 %) ($\chi^2 = 43,52$; $p < 0,001$). Похожее соотношение имела и частота проявлений ограничения движений 72,67 % (64,90 %; 79,26 %) и 40,00 % (29,04 %; 52,04 %) ($\chi^2 = 21,68$; $p < 0,001$) и симптомов натяжения 55,33 % (47,24 %; 63,15 %) против 47,14 % (35,60 %; 58,99 %), однако статистическая значимость последних не подтверждена.

Отдельного внимания заслуживает тот факт, что на проявления компрессии спинного мозга либо спинномозговых нервов респонденты группы старшего возраста жаловались почти в три раза чаще обследуемых группы сравнения 70,67 % (62,81 %; 77,45 %) и 22,86 % (14,27 %; 34,38 %) ($\chi^2 = 44,16$; $p < 0,001$).

Выявленные особенности свидетельствуют о более глубоких изменениях в структурах позвоночника, что явилось причиной значительного учащения проявлений остеохондроза в основной группе. Нарушение подвижности в ПДС, сдавление корешков спинномозговых нервов, более частая встречаемость грыж и протрузий у респондентов 60 лет и старше являются не только следствием большего «стажа» заболевания в данной выборке 34,00 (27,75;40,00) года для основной группы и 17,00 (13,00;18,00) лет в группе сравнения ($U=23,50$; $Z = -11,90$; $p < 0,001$), но и свидетельствуют об ухудшении трофических процессов в соединительной и костной тканях, снижении репаративных возможностей. В частности, этот факт подтверждается большей распространённостью разрежения костной ткани позвонков на рентгеновских снимках позвоночника у респондентов основной выборки – 72,67 % (64,90 %; 79,26 %) и 32,86 % (22,70 %; 44,86 %) – группа сравнения выборка ($\chi^2 = 35,94$; $p < 0,001$). В пользу ухудшения репаративных процессов также можно отнести более частую встречаемость распространённых форм ОП в основной группе 64,67 % (56,62 %; 71,95 %) против 24,29 % (15,44 %; 35,91 %) в группе сравнения ($\chi^2 = 31,17$; $p < 0,001$), а также распределение стадий заболевания в группах, как показано на рисунке 1.

Как видно из рисунка, среди респондентов основной группы 2-я стадия остеохондроза практически не встречается (<10 %), в то время как больше половины пациентов имеют четвёртую стадию ОП.

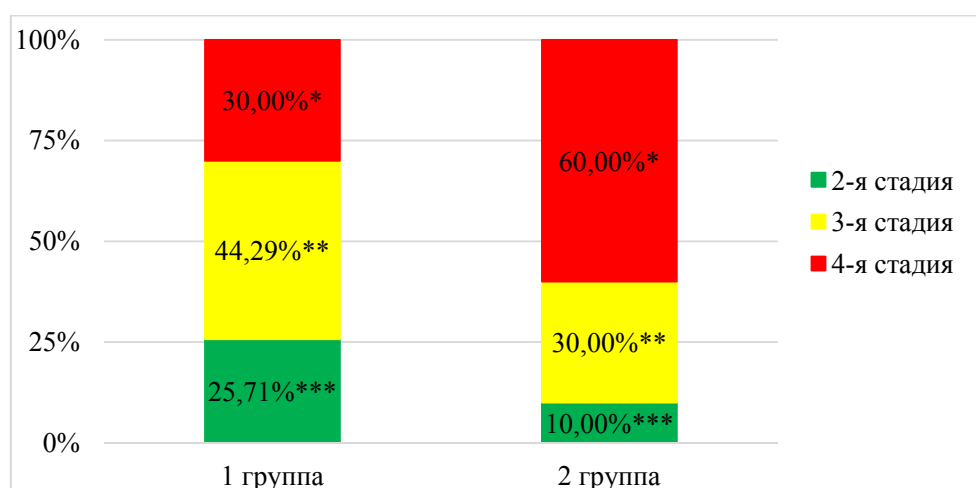


Рис. 1. Распределение пациентов обеих групп по стадиям остеохондроза позвоночника

Примечания: различия достоверны: $\chi^2 = 17,18$; $p < 0,001$; ** различия достоверны: $\chi^2 = 4,31$; $p = 0,038$;

** различия достоверны: $\chi^2 = 9,24$; $p < 0,01$.

Несмотря на то, изменения в позвоночнике более выражены у респондентов старшего возраста, средний балл по визуальной аналоговой шкале среди лиц среднего возраста оказался значимо выше: 6,55 (5,60; 7,70) баллов в группе сравнения и 5,30 (4,13; 6,90) баллов

в основной ($U=3452,00$; $Z = -4,09$; $p < 0,001$). Выяснение влияния гендерных различий и наличия коморбидной патологии на выраженность болевого синдрома показала, что таким образом проявляются возрастные особенности болевого синдрома при ОП. Это может быть объяснено дегенеративными изменениями в чувствительных волокнах спинномозговых нервов из-за длительной компрессии и, следовательно, ишемии. Иными словами, выраженность болевого синдрома при ОП у пациентов старшей возрастной группы не всегда соответствует реальному состоянию позвоночника. Однако нельзя преуменьшать влияние боли на качество жизни пациента, так как болевые ощущения при повседневной активности могут существенно её ограничивать.

Результаты прохождения респондентами обеих групп теста качества жизни SF-36 указаны на рисунке 2.

Все три показателя теста качества жизни у респондентов основной группы значимо снижены по сравнению с таковыми у респондентов группы сравнения. Так, низкие показатели по шкале физического функционирования свидетельствуют о значительном ограничении физической активности лиц основной выборки в связи с состоянием их здоровья. Снижение значения психического компонента свидетельствует о психотизации отношения респондента к своему заболеванию, рассмотрению его как мешающего жизни. Это подтверждает и невысокое значение по шкале психического здоровья, указывающего на наличие депрессивного компонента, что может являться весьма значимым показанием для психологической коррекции.

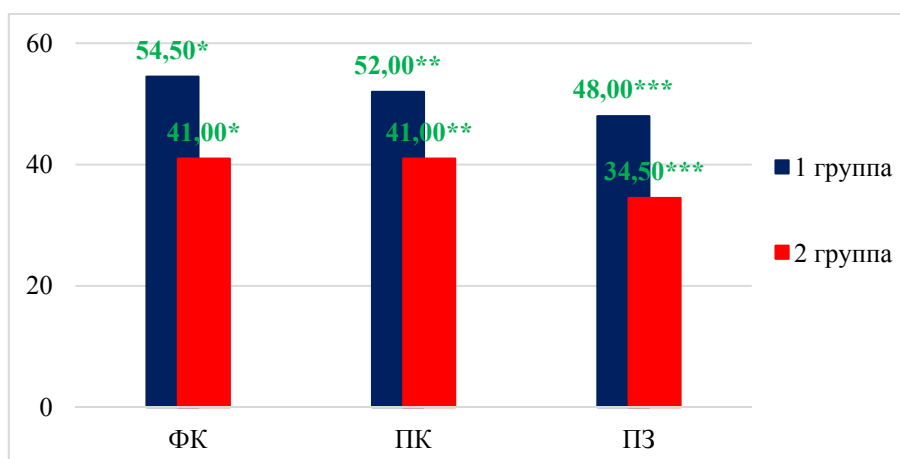


Рис. 2. Результаты теста SF-36 в анализируемых группах пациентов

Примечания: ФК – физический компонент, ПК – психический компонент, ПЗ – психическое здоровье.

* различия достоверны: $U=659,00$; $Z = -10,46$; $p < 0,001$; ** различия достоверны: $U=730,50$; $Z = -10,29$;

$p < 0,001$; *** различия достоверны: $U=1105,50$; $Z = -9,44$; $p < 0,001$.

Анализируя качество жизни пациентов старшей возрастной группы, нельзя не упомянуть и о коморбидности. Так, в основной группе выявлено в среднем 8,00 (7,00; 9,00) сопутствующих заболеваний, в то время как в группе сравнения в среднем выявляется 4,00 (4,00; 5,25)($U=599,00$; $Z = -10,69$; $p < 0,001$) сопутствующих заболеваний с тенденцией к уменьшению числа. Наличие сопутствующих заболеваний всегда негативно сказывается на состоянии индивидуума, как на анатомо-физиологическом, так и на психологическом уровне, снижая качество жизни пациента. К тому же низкий уровень функциональных и пластических резервов способствует хронизации новых заболеваний, усугубляя общее состояние организма.

Таким образом, проблема контроля и улучшения качества жизни пациентов с остеохондрозом в возрастном диапазоне от 60 до 74 лет остаётся актуальной и мультифакторной, и к её решению необходим комплексный подход. Необходимо наблюдение таких больных у нескольких специалистов разного профиля в соответствии с имеющейся у пациента соматической патологией. Одним из важных моментов терапии ОП и, как следствие, улучшения физического компонента качества жизни, должна являться борьба с болевым синдромом. Так как он чаще всего вызван длительной компрессией корешков спинномозговых нервов, то применение препаратов с нейротрофической и нейропротективной функцией является предпочтительным. Путей улучшения психического компонента несколько: это и аутогенная тренировка, и бихевиоральная терапия, и тренировка с применением биологической обратной связи.

Результаты проведенного исследования позволили прийти к следующим **выводам**:

1. Остеохондроз позвоночника у лиц старшей возрастной группы протекает с более выраженными структурными изменениями позвоночного столба на фоне снижения активности обменных и репаративных процессов. Для них характерны более частое появление протрузий и грыж, висцеральных нарушений, а также рефлекторных синдромов, что негативно влияет на качество жизни таких больных.

2. Выраженность болевого синдрома не всегда отражает реальные структурные изменения позвоночного столба у лиц старшей возрастной группы.

3. Физический и психический компонент качества жизни у пациентов с остеохондрозом позвоночника снижены из-за сильного ограничения повседневной физической активности и негативного отношения к болезни с депрессивным компонентом, что свидетельствует о необходимости психологического наблюдения и коррекции такого контингента больных.

Список литературы

1. Остеохондроз позвоночника / Р.Г. Биктимиров [и др.] // Альманах клинической медицины. – 2004. – № 7. – С. 328-337.
2. Остеохондроз позвоночника. Клинические рекомендации / Общероссийская общественная организация ассоциация травматологов-ортопедов России (АТОР). – Новосибирск, 2013. – 69 с.
3. Здравоохранение в России. 2015: Статистический сборник / Росстат. – М., 2015. – 174 с.
4. Ситель А.Б. Формирование рефлекторных и компрессионных синдромов при дискогенной болезни поясничного отдела позвоночника / А.Б. Ситель // Вертеброневрология. – 2002. – Т. 9, № 1-2. – С. 51-58.
5. Золотухина С.Ю. Комплексное лечение остеохондроза поясничного отдела позвоночника: дис. ... канд. мед. наук. – Самара, 2010. – 102 с.
6. Анализ медико-социальных потребностей онкологических пациентов старшей возрастной группы при оказании паллиативной помощи [электронный ресурс] / А.З. Ашоур [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 5. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22652> (дата обращения: 16.05.2017).
7. Региональная модель паллиативной помощи лицам пожилого и старческого возраста с онкологической патологией в Калининградской области [электронный ресурс] / А.З. Ашоур [и др.] // Современные проблемы науки и образования. – 2015. – № 6. – Режим доступа: <https://www.science-education.ru/ru/article/view?id=22651> (дата обращения: 16.05.2017).
8. Бихевиоральная терапия и цитофлавин в лечении деформирующего коксартроза у пациентов пожилого и старческого возраста / К.И. Захаров [и др.] // Успехи геронтологии. – 2016. – № 5(29). – С. 816-822.
9. Использование антиоксиданта/антигипоксанта в терапии астенического синдрома у пожилых пациентов / В.Г. Белов [и др.] // Успехи геронтологии. – 2013. – Т. 26, № 2. – С. 379-382.
10. Влияние цитофлавина на восстановление когнитивных функций у страдающих алкоголизмом пожилых лиц / Н.С. Ильинский, С.А. Парфенов, Т.В. Харитоновна, Ю.А. Парфенов // Журнал неврологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 2016. – Т. 116, № 11-2. – С. 49–53.
11. Качество жизни пациентов пожилого и старческого возраста с онкологической патологией / В.А. Заплутанов [и др.] // Онкология. Журнал им. А.П. Герцена. – 2016. – № 2. – С. 25-28.

12. Разработка алгоритма оценки тяжести хронического генерализованного пародонтита у пациентов с коморбидной патологией / А.З. Ашоур [и др.] // Вестник Северо-Западного государственного медицинского университета им. И.И. Мечникова. – 2016. – Т.8, № 2. – С. 44-54.
13. Оценка эффективности мероприятий по поддержанию функционального состояния военно-морских специалистов в ходе решения экипажем задач в море по состоянию функций центральной нервной системы / Ю.Р. Ханкевич [и др.] // Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур. – 2016. – № 1. – С. 171-177.
14. Предпосылки создания автоматизированной информационной системы «паспорт здоровья спортсмена» с поддержкой базы данных / Ю.Р. Ханкевич [и др.] // Актуальные проблемы физической и специальной подготовки силовых структур. – 2016. – № 1. – С. 144-149.