

ДИАГНОСТИЧЕСКАЯ ЗНАЧИМОСТЬ ФУНКЦИОНАЛЬНЫХ ТЕСТОВ ДЛЯ ОЦЕНКИ ВОЗРАСТ-АССОЦИИРОВАННОЙ САРКОПЕНИИ

САФОНОВА Ю.А.^{1,2}, ЗОТКИН Е.Г.^{1,2,3}

¹ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова»
Минздрава России, г. Санкт-Петербург

²СПб ГБУЗ «Клиническая ревматологическая больница № 25», г. Санкт-Петербург

³Городской медико-социальный гериатрический центр, г. Санкт-Петербург.

15% людей старше 65 лет и более 50% людей старше 80 лет имеют саркопению. Из-за низкой физической активности и увеличения продолжительности жизни населения развитых стран, саркопения становится серьезной проблемой для здоровья. Саркопения характеризуется снижением массы скелетной мускулатуры и ее силы с риском развития осложнений, как нарушение подвижности, падениями, снижением качества жизни и смерти. Стоимость лечения осложнений саркопении составила в \$ 18,5 млрд. Наиболее доступными методами диагностики саркопении являются функциональные тесты.

Таким образом, учитывая серьезные последствия на фоне саркопении возникает необходимость своевременно выявлять пациентов с низкой мышечной массой и мышечной силой с помощью функциональных тестов.

Цель исследования: провести анализ состояния мышечной силы и мышечной функции у людей старше 65 лет и показать диагностическую значимость функциональных тестов для оценки риска падений как клинического проявления саркопении. Задачи: определить состояние мышечной силы и мышечной функции среди пациентов старше 65 лет и оценить результаты функциональных тестов у пациентов с падениями и без падений.

Материал и методы. Проведено проспективное когортное исследование 308 пациентов, средний возраст которых составил 77±13,3 лет. Все пациенты были разделены на три возрастные группы: 65-74 года, 75-84 года, 85 лет и старше. Состояние саркопении оценивалось по индексу тощей массы (ИТМ) < 6,76 кг/м² в соответствии с критериями саркопении EWGSOP (2011). Мышечную силу оценивали с помощью динамометрии, мышечные функции – с помощью

функциональных тестов: обычная скорость передвижения, теста «Встать со стула 5 раз», теста «Встань и иди».

Результаты. Выявлена высокая корреляция между пациентами с саркопенией и пациентами с падениями ($r=0,96$). Низкая мышечная сила наблюдалась в 68,68% случаев. Падения женщины имели более низкую мышечную силу по сравнению с нападающими ($p<0,01$), чего не наблюдалось в мужской популяции. Средняя скорость передвижения у людей пожилого возраста составила 0,53 м/с. Скорость $\geq 0,8$ м/с наблюдалась у 11,04% (95% ДИ 7,8-15,1) пациентов. В возрасте 85 лет и старше менее 1% людей выполнили тест удовлетворительно (95% ДИ 0,2-2,8, $p<0,001$). Среднее время выполнения теста «Встать со стула 5 раз» составила 19,95 с. Хорошие результаты теста ($<16,7$ с) наблюдались у 42,86% пациентов (95% ДИ 37,3-48,6, $p<0,01$), в возрасте старше 85 лет – у 4,55% людей (95% ДИ 2,5-7,5, $p<0,001$). Среднее время выполнения теста «Встань и иди» у людей старше 65 лет составило 15,87 с. Справились с тестом за 10-12с 23,05% пациентов (95% ДИ 18,5-28,2, $p<0,01$), в возрасте старше 85 лет – 1,62% (95% ДИ 0,5-3,7, $p<0,001$).

Выводы: 1. Выявлена высокая корреляция между пациентами с саркопенией и пациентами с падениями ($r=0,96$). 2. Показатели функциональных тестов ниже средних допустимых значений в подавляющем большинстве случаев, наихудшие показатели наблюдались в возрасте старше 85 лет. 3. Показатели мышечной силы и теста «Встань и иди» достоверно хуже у пациентов с падениями в женской популяции. 4. Выявлена прямая корреляция между тестами «Встань и иди», «Встать со стула 5 раз» и частотой падений пожилых людей и обратная связь между динамометрией и скоростью передвижения.

АССОЦИАЦИЯ САРКОПЕНИИ С СИНДРОМОМ ПАДЕНИЙ

ПРОЩАЕВ К.И., ИЛЬНИЦКИЙ А.Н., БОЧАРОВА К.А., ГЕРАСИМЕНКО А.В.

АНО «Научно-исследовательский медицинский центр «Геронтология», г. Москва, Россия,
Белорусское республиканское геронтологическое общественное объединение, г. Витебск, Беларусь.

В связи с тем, что современная гериатрия основана на синдромальном подходе, принципиально важным является изучение ассоциации саркопении с другими гериатрическими синдромами, что даст возможность, влияя на эти синдромы, проводить эффективную профилактику развития и прогрессирования старческой астении.

С точки зрения патогенетических взаимосвязей принципиально важным представляется выявить взаимозависимости саркопении и синдрома падений, нарушения баланса (походки и стояния).

Материал и методы. Проанализирована база данных международного проекта «GIRAFFE» (Gerontological International Research Against Frailty – Fit Experience).

Результаты. При изучении количества падений на протяжении полугода у пациентов разных возрастных групп и разной степени выраженности саркопении были получены следующие результаты.

В возрасте 55 – 60 лет при отсутствии саркопении количество падений составляло 0,2±0,01, при наличии пресаркопении – 0,5±0,02; в возрасте 61 – 65 лет – соответственно 0,8±0,02 и 1,7±0,1, $p<0,05$.

В других возрастных группах, в которых был зарегистрирован полный спектр саркопенических изменений, имела место следующая ситуация: в 66 – 70 лет при отсутствии саркопении количество падений составляло 1,4±0,04, при пресаркопении – 2,4±0,1, при саркопении – 3,0±0,3, при выраженной саркопении – 3,9±0,1; в 71 – 75 лет соответственно 1,9±0,01, 3,1±0,2, 3,6±0,2, 4,5±0,2; в 76 – 80 лет – 2,7±0,05, 3,2±0,1, 3,5±0,1 и 4,6±0,3, $p<0,05$.

Таким образом, усугубление саркопении достоверно ассоциировано с увеличением частоты падений, что обладает рядом весьма неблагоприятных медико-социальных последствий, таких как формирование страха повторных падений, высокий риск травматизации, включая широкий

спектр последствий – от травм мягких тканей до переломов шейки бедра и черепно-мозговых травм разной степени выраженности.

С проблемой падений тесно связаны такие возраст-ассоциированные нарушения, как нарушения передвижения, включающие в себя снижение устойчивости и нарушения походки. Они были объективизированы нами путем применения шкалы «Оценка двигательной активности у пожилых пациентов» (Functional mobility assessment in elderly patients). В результате были получены следующие результаты.

В отношении параметра устойчивости были получены следующие результаты. Соответственно при отсутствии саркопении, при пресаркопении, саркопении и при выраженной саркопении величина устойчивости (в баллах) в разные возрастные периоды носила следующий характер.

В 55 – 60 лет: 23,7±2,4, 20,1±1,7 балла; в 61 – 65 лет – 23,5±2,5, 18,7±1,3 балла; в возрасте 66 – 70 лет – 22,1±2,3, 16,1±1,5, 12,3±1,1, 10,2±1,3 балла; 71 – 75 лет – 20,3±2,1, 14,5±1,2, 11,1±1,0, 9,1±1,1 балла; 76 – 80 лет – 19,5±2,4, 12,5±1,3, 9,3±1,2, 8,0±1,2 балла, $p < 0,05$ по мере увеличения возраста и усугубления степени тяжести саркопенического синдрома.

Нарушения походки при отсутствии саркопении, при пресаркопении, саркопении и при выраженной саркопении

(в баллах) в разные возрастные периоды были следующими: в 55 – 60 лет: 17,1±1,1, 16,2±0,8 балла; в 61 – 65 лет – 17,2±1,0, 16,1±0,7 балла; в возрасте 66 – 70 лет – 15,2±0,9, 14,3±0,5, 11,3±0,4, 9,4±0,4 балла; 71 – 75 лет – 14,0±0,8, 12,1±0,3, 9,1±0,3, 8,1±0,2 балла; 76 – 80 лет – 12,3±0,7, 9,3±0,6, 8,2±0,4, 7,0±0,3 балла, $p < 0,05$ по мере увеличения возраста и степени тяжести саркопении.

Характер общей двигательной активности соответственно при отсутствии саркопении, при пресаркопении, саркопении и при выраженной саркопении (в баллах) был следующим в изученные возрастные периоды: в 55 – 60 лет: 40,1±2,1, 38,4±1,8 балла; в 61 – 65 лет – 39,4±2,3, 36,1±1,5 балла; в возрасте 66 – 70 лет – 34,1±2,0, 32,4±1,6, 30,4±1,4, 27,4±1,3 балла; 71 – 75 лет – 30,5±1,9, 30,1±1,4, 28,1±1,3, 24,3±1,5 балла; 76 – 80 лет – 28,3±1,4, 28,4±1,3, 26,2±1,5, 20,7±1,4 балла, $p < 0,05$ по мере увеличения возраста и степени тяжести саркопении.

Заключение. Полученные результаты свидетельствуют о том, что по мере увеличения степени выраженности инволютивных изменений мышечного аппарата происходит снижение степени устойчивости, ухудшение качества походки и снижение уровня общей двигательной активности, что является патогенетической основой для увеличения риска падений.

ОСТЕОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ КАК МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ АРТРОЗА ПРИ АСЕПТИЧЕСКОМ НЕКРОЗЕ МЫШЦЕЛКОВ БЕДРА (ПРЕДВАРИТЕЛЬНОЕ СООБЩЕНИЕ)

ТОРГАШИН А.Н., РОДИОНОВА С.С., ИВАНОВ К.С.

Центральный институт травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова, г.Москва

Нарушения в субхондральной кости при асептическом некрозе мыщелков бедренной и большеберцовой костей усиливают дегенерацию гиалинового хряща. Назначение остеотропной терапии может быть целесообразным для восстановления костной ткани мыщелков и снижения риска прогрессирования артроза, в том числе после артроскопической менискэктомии.

Цель. Обосновать применение остеотропной терапии при лечении асептического некроза мыщелков бедренной и большеберцовой костей у пациентов с повреждением менисков.

Материал и методы. У 23 пациентов (средний возраст 44 года, от 26 до 64 лет) с диагнозом: Повреждение внутреннего или наружного мениска коленного сустава. В предоперационном периоде выполнялось МРТ исследование. В случае выявления сопутствующего асептического некроза мыщелков бедренной или большеберцовой кости, исследовались маркеры костной резорбции (Дезоксипиридинолин утренней мочи, b-cross laps крови) и в случае их повышения в послеопера-

ционном периоде назначалась остеотропная терапия на 1 год: активные метаболиты витамина Д (альфакальцидол в дозе 0.75-1.0 мкг/сут), остеогенон 2 таб 2 раза в день, антирезорбтивный препарат (Ибандроновая кислота 3мг внутривенно 1 раз в 3 мес, от 1 до 4х инъекций в течение года).

Результаты. Асептический некроз мыщелков бедренной или большеберцовой кости имел места у 43% обследованных пациентов. У 57% из них отмечалось повышение маркеров костной резорбции, что свидетельствовало об активности процесса и именно этим лицам была назначена антирезорбтивная терапия.

Заключение. Повреждение или дегенеративное изменение мениска нередко сопровождается развитием асептического некроза мыщелков бедренной или большеберцовой кости, что ускоряет прогрессирование дегенеративных изменений и снижает эффективность проведенной менискэктомии. Учитывая высокую активность ремоделирования у части пациентов необходимо назначение антирезорбтивной остеотропной терапии.

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ ПРЕПАРАТА ФОРСТЕО® ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ ГОЛОВКИ БЕДРЕННОЙ КОСТИ

ШУШАРИН А. Г., ПОЛОВИНКА М.П.

ФГБУН «Институт химической биологии и фундаментальной медицины» СО РАН, г. Новосибирск

Среди различных форм дегенеративно-дистрофических заболеваний ТБС АНГБК занимает важное место, как социально значимая патология. В теории патогенеза АНГБК

чаще рассматриваются три основные причины: сосудистые расстройства, нарушение обменных процессов, врожденная анатомо-функциональная недостаточность ТБС [1].