

<https://doi.org/10.29296/25877305-2018-09-11>

Особенности психологического и когнитивного статуса у пациентов, леченных по поводу возрастной катаракты

А. Щекатуров¹,
М. Филимонов²

¹Лечебно-реабилитационный клинический центр
Минобороны России, филиал № 1, Химки

²АНО Научно-исследовательский медицинский центр
«Геронтология», Москва

E-mail: schekaturov@list.ru

Представлены данные о распространении синдрома старческой астении среди лиц старческого возраста, лечившихся по поводу возрастной катаракты; оценено качество жизни пациентов в данной группе.

Ключевые слова: гериатрия, офтальмология, старческий возраст, гериатрический статус, качество жизни, возрастная катаракта.

Для цитирования: Щекатуров А., Филимонов М. Особенности психологического и когнитивного статуса у пациентов, леченных по поводу возрастной катаракты // Врач. – 2018; 29 (9): 50–52. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-09-11>

По данным Федеральной службы государственной статистики, возраст 24,6% населения России – старше трудоспособного. При этом ожидаемая продолжительность предстоящей жизни для мужчин, достигших 60 лет, составляет 15,9 года, для женщин, достигших 55 лет, – 25,6 года [1]. Постоянное постепенное увеличение доли пожилых людей влечет за собой и проблемы, связанные с возрастом. Среди них – повышение заболеваемости по всем нозологическим формам и возникающие у пожилых социальные трудности. Для пожилого человека, несомненно, велика важность зрения, поскольку его снижение и другие проявления офтальмологических заболеваний накладывают определенные ограничения на повседневную жизнь и не могут не снижать качество жизни (КЖ). В клинической офтальмологии врачу приходится сталкиваться с гериатрическими проблемами пациента, которые, как правило, обусловлены полиморбидностью и проявляются крайним нарушением возрастных инволютивных изменений – синдромом старческой астении (СА). Распространенность СА составляет в среднем 12,9%, старческой преастении (СПа) – 48,9%. Считается, что при отсутствии адекватных мер лечения и реабилитации СПа переходит в развернутую форму в течение 4–5 лет [2].

В исследовании участвовали 60 пациентов старческого возраста, поступившие в офтальмологическое отделение и прооперированные в связи с возрастной катарактой. Больные были в возрасте от 75 до 89 лет (средний возраст – $81,2 \pm 3,4$ года); мужчин было 47, женщин – 13. Все пациенты осмотрены до оперативного лечения и через 6 мес после него. Критерии включения пациентов в исследование: возраст от 75 до 89 лет, перенесенные операции по поводу возрастной катаракты. Критерии исключения: возраст моложе 75 лет и старше 89 лет, выраженный когнитивный дефицит. Помимо стандартного офтальмологического осмотра, проводилось исследование с помощью оригинальной компьютерной программы «Оптимизация ухода в гериатрии в зависимости от степени старческой астении» на основании специализированного гериатрического осмотра [9]. В программе выделены 5 частей:

- 1-я – выявление степени способности к передвижению; ее определяли с применением шкалы *Functional mobility assessment in elderly patients* [3];
- 2-я – выявление степени нарушения питания (синдрома мальнутриции); с этой целью применяли опросник *Mini nutritional assessment (MNA)*, состоящий из 2 частей [4, 5];
- 3-я – оценка когнитивных способностей; их оценивали с помощью опросника *Mini-mental state examination* [6];
- 4-я – оценка морального состояния пациента; она проводилась с использованием опросника *Philadelphia geriatric morale scale* [7];
- 5-я – оценка степени независимости пациента от посторонней помощи в повседневной жизни с применением шкалы Бартела [8].

Параллельно проводили исследование с помощью неспецифического опросника для оценки КЖ (Health Status Survey-1 – SF-36). Опросник включает 36 пунктов, сгруппированных в 8 шкал: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Показатели каждой шкалы варьируют от 0 до 100, где 100 означает полное здоровье. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Количественно оцениваются следующие показатели:

- физическое функционирование (*Physical Functioning – PF*), отражающее степень, при которой физическое состояние ограничивает выполнение физических нагрузок (самообслуживание, ходьба, подъем по лестнице, перенос тяжестей и т.п.). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что физическая активность пациента значительно ограничивается состоянием его здоровья;

- ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (*Role-Physical Functioning – RP*), – влияние физического состояния на повседневную ролевую деятельность (работу, выполнение повседневных обязанностей). Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента;
- интенсивность боли (*Bodily pain – BP*) и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью, включая работу по дому и вне дома. Низкие показатели по этой шкале свидетельствуют о том, что боль значительно ограничивает активность пациента;
- общее состояние здоровья (*General Health – GH*) – оценка больным своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения. Чем ниже балл по этой шкале, тем ниже оценка состояния здоровья;
- жизненная активность (*Vitality – VT*) подразумевает ощущение себя полным сил и энергии или, напротив, обессиленным. Низкие баллы свидетельствуют об утомлении пациента, снижении жизненной активности;
- социальное функционирование (*Social Functioning – SF*) определяется степенью, в которой физическое или эмоциональное состояние ограничивает социальную активность (общение). Низкие баллы свидетельствуют о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физического и эмоционального состояния;
- ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (*Role-Emotional – RE*), предполагает оценку степени, при которой эмоциональное состояние мешает выполнению работы или другой повседневной деятельности (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества и т.п.). Низкие показатели по этой шкале интерпретируются как ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния;
- психическое здоровье (*Mental Health – MH*) характеризует настроение, наличие депрессии, тревоги, общий показатель положительных эмоций. Низкие показатели свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

Шкалы группируются в 2 показателя: «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». Все данные обработаны математико-статистическим методом с использованием программы Statistica, версия 12.0.

При анализе распространенности синдрома СА у пациентов, оперированных по поводу возрастной катаракты, получены данные, представленные в табл. 1.

Исследование показало, что портрет пациента старческого возраста с нарушением зрительных функций таков: у больного имеются умеренные нарушения устойчивости, синдром мальнутриции, умеренные нарушения когнитивных функций, а также зависимость в повседневной жизнедеятельности. Среди всех обследованных пациентов с хорошим здоровьем было 6 (10,0%), с СПа – 31 (51,7%), с синдромом СА легкой степени – у 20 (33,3%), умеренной степени – у 3 (5,0%). Пациентов с синдромом СА выраженной степени в нашей группе не выявлено. Таким образом, достоверно ($p < 0,05$) преобладали пациенты с СПа и СА легкой степени (табл. 2).

Помимо гериатрического статуса, мы оценивали КЖ по опроснику SF-36 (табл. 3).

Портрет пациента старческого возраста с учетом показателей качества жизни таков: у такого пациента снижено ролевое функционирование (*Role-Physical Functioning – RP*), т.е. влияние физического состоя-

Таблица 1
Гериатрический статус обследованных; n (%)

Гериатрический синдром	Наличие синдрома	Отсутствие синдрома
Нарушение устойчивости	37 (61,6)	23 (38,4)
Нарушение походки	6 (10,0)	54 (90,0)
Синдром мальнутриции (риск развития)	55 (91,7)	5 (8,3)
Когнитивные нарушения	33 (55,0)	27 (45,0)
Нарушение морального статуса	2 (3,4)	58 (96,6)
Зависимость в повседневной жизни	47 (78,3)	13 (21,7)

Таблица 2
Частота гериатрических синдромов в зависимости от состояния здоровья обследованных; n (%)

Гериатрический синдром	Состояние здоровья			
	хорошее здоровье	СПа	синдром СА	
			легкой степени	умеренной степени
Нарушение устойчивости	1 (16,7)	14 (45,2)	19 (95,0)	3 (100)
Нарушение походки	0	0	3 (15,0)	3 (100)
Синдром мальнутриции (риск развития)	6 (100)	27 (87,1)	19 (95,0)	3 (100)
Когнитивные нарушения	0	16 (51,6)	13 (65,0)	3 (100)
Нарушение морального статуса	0	1 (3,2)	0	0
Зависимость в повседневной жизни	0	25 (80,7)	20 (100)	3 (100)

Таблица 3

Оценка КЖ обследованных (p<0,05); n (%)

Показатель	Шкала							
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH
0–20 (очень плохо)	3 (5,0)	24 (40,0)	0	3 (5,0)	3 (5,0)	1 (1,7)	25 (41,7)	3 (5,0)
21–40 (плохо)	15 (25,0)	4 (6,6)	13 (21,0)	21 (35,0)	11 (18,3)	6 (10,0)	11 (18,3)	7 (11,6)
41–60 (удовлетворительно)	16 (26,7)	13 (21,6)	24 (40,0)	23 (38,4)	24 (40,0)	9 (15,0)	0	18 (30,0)
61–80 (хорошо)	16 (26,7)	8 (13,3)	20 (34,0)	11 (18,3)	21 (35,0)	32 (53,3)	5 (8,3)	24 (40,0)
81–100 (отлично)	10 (16,6)	11 (17,8)	3 (5,0)	2 (3,3)	1 (1,7)	12 (20,0)	19 (31,7)	8 (13,4)

ния на повседневную ролевую деятельность, что свидетельствуют о том, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента. В той же степени данные пациенты имеют снижение ролевого эмоционального функционирования (*Role-Emotional – RE*), обусловленного эмоциональным состоянием. Данные пациенты имеют ограничение в выполнении повседневной работы, обусловленное ухудшением эмоционального состояния. В то же время пациенты имеют высокий уровень социального функционирования (*Social Functioning – SF*), что свидетельствует об отсутствии ограничения социальных контактов, поддержания уровня общения. Психическое здоровье (*Mental Health – MH*) в целом у данных пациентов остается на высоком уровне, что свидетельствует об отсутствии депрессивных, тревожных переживаний и психического неблагополучия (табл. 4).

КЖ напрямую соотносится со степенью выраженности синдрома СА. Следовательно, сама по себе офтальмологическая патология не является единственным значимым фактором формирования КЖ у пациентов старческого возраста.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Литература

1. Федеральная служба государственной статистики. http://www.gks.ru/wps/wcm/connect/rosstat_main/rosstat/ru/statistics/population/generation/# дата обращения 08.04.2017.
2. Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. Старческая астения (frailty) как концепция современной геронтологии // Геронтология. Науч.-практ. журн. – 2013; 1 (1): 8.
3. Tinetti M., Ginter S. Identifying mobility dysfunctions in elderly patients // JAMA. – 1988; 259: 1058.
4. Guigoz Y. The Mini-Nutritional Assessment (MNA): review of the literature // J. Nutr. Health Aging. – 2006; 10: 466–87.
5. Vellas B., Villars H., Abellan G. et al. Overview of the MNA – Its History and Challenges // J. Nutr. Health Aging. – 2006; 10: 456–65.
6. Folstein M., Folstein S., McHugh P. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician // J. Psychiat. Res. – 1975; 12 (3): 189–9.
7. Lawton M., Kleban M., Rajagopal D. et al. Dimensions of affective experience in three age groups // Psychol. Aging. – 1992; 7: 171–84.
8. Maconey F., Barthel D. Functional evaluation: the Barthel Index // Md. State Med. J. – 1965; 14: 61–5.
9. Горелик С.Г., Ильницкий А.Н., Прощаев К.И. и др. Специализированный гериатрический осмотр / М., 2014. <http://www.gerontolog.info/gorelic/gorelik.rar>

Таблица 4

Сопоставление параметров КЖ со степенью выраженности синдрома СА у обследованных

Шкала опросника SF-36	Состояние здоровья пациентов			
	хорошее здоровье	СПа	синдром СА	
			легкой степени	умеренной степени
Физическое функционирование (PF)	69,2	59,7	55,5	28,3
Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (RP)	75,0	41,2	36,2	0
Интенсивность боли (BP)	52,7	55,1	48,4	31,6
Общее состояние здоровья (GH)	53,5	45,6	46,9	41,6
Жизненная активность (VT)	58,7	53,7	54,75	48,3
Социальное функционирование (SF)	65,6	60,6	69,4	66,6
Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (RE)	94,4	33,3	43,3	44,4
Психическое здоровье (MH)	68,0	58,3	67,4	53,3

FEATURES OF THE PSYCHOLOGICAL AND COGNITIVE STATUS OF THOSE WHO ARE TREATED FOR AGE-RELATED CATARACT

A. Shchekaturov¹, M. Filimonov²
¹Branch One, Treatment and Rehabilitation Clinical Center, Ministry of Defense of Russia, Khimki, Moscow Region
²Gerontology Research Medical Center, Moscow

The paper presents data on the prevalence of senile asthenia among only the elderly people who have been treated for age-related cataracts and assesses quality of life in patients from this group.

Key words: geriatrics, ophthalmology, senile age, geriatric status, quality of life, age-related cataract.

For citation: Shchekaturov A., Filimonov M. Features of the psychological and cognitive status of those who are treated for age-related cataract // *Vrach.* – 2018; 29 (9): 50–52. <https://doi.org/10.29296/25877305-2018-09-11>