

Оценка качества жизни у женщин с саркопенией

К. С. Испавская

Уральский государственный медицинский университет,
Екатеринбург, Россия

Введение. В настоящее время увеличивается продолжительность жизни населения, растет частота возраст-ассоциированных заболеваний. Саркопения (СП), тревожность и депрессия, когнитивные нарушения часто встречаются у пациентов старших возрастных групп, что ухудшает качество жизни (КЖ) пациентов. Однако наличие взаимосвязи между этими нозологиями остается спорным вопросом.

Цель — оценить влияние СП на качество жизни женщин старше 60 лет, наличие тревожности и депрессии, нарушение когнитивных функций.

Материалы и методы. В одномоментное исследование включено 78 женщин в возрасте 61–82 лет. Набор пациенток проводился на базе поликлиники Института высокотемпературной электрохимии Уральского отделения Российской академии наук (Екатеринбург). Критерии включения: женский пол, возраст более 60 лет, способность к самообслуживанию, наличие подписанного информированного согласия на участие в исследовании. Критерии не включения: мужской пол, возраст 60 лет и менее, декомпенсация хронических заболеваний и (или) острое заболевание, неспособность к самообслуживанию. По критериям EWGSOP2* (2018), пациентки разделены на 2 группы: 1 ($n = 42$) — без СП; 2 ($n = 36$) — с СП. Пациенткам проведены: сбор жалоб и анамнеза, физикальное исследование, включающее в себя измерение массы тела и роста, расчет индекса массы тела (ИМТ), кистевая динамометрия, тест «Вставание со стула», MMSE, EQ-5D, HADS**.

* EWGSOP2 — Европейская рабочая группа по изучению СП второго созыва (англ. European Working Group on Sarcopenia in Older People 2).

** MMSE — краткая шкала оценки психического статуса (англ. Mini-Mental State Examination); EQ-5D — Европейский опросник оценки качества жизни (англ. European Quality of

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы Statistica 13.0. Применялись критерии Манна — Уитни, χ^2 -критерий Пирсона, двусторонний точный критерий Фишера. Различия считались значимыми при $p < 0,050$. Исследование одобрено локальным этическим комитетом от 27 октября 2023 г. (протокол № 7).

Результаты. Группы сопоставимы по антропометрическим показателям. В группе 2 возраст значимо выше, $p = 0,006$. Результаты представлена в табл. 1.

Таблица 1

Общие характеристики пациенток, Me [Q₁; Q₃]

Параметр	Группа 1 ($n = 42$)	Группа 2 ($n = 36$)	p
Возраст, лет	71,6 [69,0; 74,0]	75,0 [72,0; 76,0]	0,006
Вес, кг	71,5 [64,0; 78,6]	72,0 [61,0; 80,0]	0,830
Рост, см	158,5 [154,0; 162,0]	156,0 [153,5; 159,5]	0,159
ИМТ, кг/м ²	28,0 [25,8; 30,4]	28,6 [25,6; 32,2]	0,853

Работающие женщины преобладали в группе 1 ($p = 0,023$), с высшим образованием незначимо преобладали в группе 1 ($p = 0,118$). Женщины в группе 2 незначимо чаще проживали с семьей ($p = 0,053$). Социальные характеристики представлены в табл. 2.

Таблица 2

Социальные характеристики пациенток

Параметр	Группа 1 ($n = 42$)	Группа 2 ($n = 36$)	p	χ^2
Неработающие	30	33	0,023	5,111
Работающие	12	3		
Проживает одна	18	8	0,053	7,714
Проживает с семьей	24	28		
Образование среднее	15	19	0,118	2,437
Образование высшее	27	17		

По результатам опросника EQ-5D пациентки с СП значимо чаще имели умеренные ограничения в подвижности ($p = 0,005$), повседневной деятельности ($p = 0,026$), незначимо чаще — уходе за собой ($p = 0,076$). Женщины с СП оценили состояние своего здоровья

Life Questionnaire); HADS — госпитальная шкала тревоги и депрессии (англ. Hospital Anxiety and Depression Scale).

на момент опроса по шкале от 0 до 100 баллов (где 0 — наихудшее состояние, 100 — наилучшее) значимо ниже, чем женщины без СП ($p = 0,011$). Также участницы группы 2 значимо чаще испытывали умеренную тревогу или депрессию ($p = 0,002$). Результаты представлены в табл. 3.

Таблица 3

Оценка качества жизни по результатам опросника EQ-5D

Параметр	Группа 1 ($n = 42$)	Группа 2 ($n = 36$)	p	χ^2
Подвижность:				
нет ограничений	26	11	0,005	7,640
умеренные	16	25		
выраженные	0	0		
Уход за собой:				
нет ограничений	37	26	0,076	3,144
умеренные	5	10		
выраженные	0	0		
Повседневная деятельность:				
нет ограничений	28	15	0,026	4,897
умеренные	14	21		
выраженные	0	0		
Боль (дискомфорт):				
нет жалоб	7	4	0,623	0,945
умеренные	34	30		
выраженные	1	2		
Тревога (депрессия):				
нет жалоб	25	9	0,002	9,396
умеренные	17	27		
выраженные	0	0		
ВАШ (EQ-VAS)	70 [70; 80]	67,5 [50; 70]	0,011	—

По данным опросника HADS мы не получили значимых отличий при выявлении тревожности и депрессии между двумя группами. Частота выявления депрессии незначимо преобладала в группе 2 ($p = 0,186$). При этом общий балл был значимо выше в группе пациентов с СП ($p = 0,027$). Результаты представлены в табл. 4.

Таблица 4

Результаты по HADS

Параметр	Группа 1 ($n = 42$)	Группа 2 ($n = 36$)	p	χ^2
Тревожность				
Нет признаков	27	23	0,355	2,070
Субклиническая	9	11		
Выраженная	6	2		
Нет	27	23	0,970	0,001
Есть	25	23		
Общий балл	5,0 [3,0; 10,0]	7,0 [4,5; 8,0]	0,628	—
Депрессия				
Нет признаков	27	16	0,186	3,357
Субклиническая	11	13		
Выраженная	4	7		
Нет	27	16	0,079	3,084
Есть	15	20		
Общий балл	6,0 [3,0; 9,0]	8,0 [6,0; 10,0]	0,027	—

Когнитивные функции по шкале MMSE значимо не различались в обеих группах, умеренные когнитивные функции выявлены у 21 женщины в группе 1, 19 в группе 2 ($p = 0,806$). Медиана общего балла составила 27,0 [26,0; 28,5] баллов и 27,0 [26,0; 29,6] баллов соответственно ($p = 0,090$).

Обсуждение. По результатам нашего исследования мы выявили значимое ухудшение КЖ у женщин с СП, в особенности ограничение в повседневной деятельности и подвижности. Среди участниц группы 2 меньше работающих, они значимое чаще проживали с семьей, что, возможно, указывает на необходимость в посторонней помощи. Возраст является независимым фактором развития СП, что подтверждается значимой разницей между группами. Об ухудшении КЖ отмечается и в других исследованиях [1]. Хотя в недавней работе оценка КЖ с помощью опросника EQ-5D не выявила существенных различий между группами пациентов с и без СП [2]. Исходя из наших данных и других источников [3], вероятно, существует связь между СП и депрессией. Однако в одном из исследований связь не выявлена [4].

Заключение. СП значительно снижает качество жизни пациентов. Женщины с СП имеют высокий риск развития депрессии. СП не влияет на когнитивные функции.

Список источников

1. Саркопения как предиктор снижения социализации и качества жизни у пациентов старшего возраста / М. В. Королева, Е. В. Кудашкина, А. А. Шарова [и др.] // Научные результаты биомедицинских исследований. 2019. Т. 5, № 4. С. 150–159. DOI: <https://doi.org/10.18413/2658-6533-2019-5-4-0-12>.
2. Сафонова Ю. А., Зоткин Е. Г., Торопцова Н. В. Качество жизни и синдром усталости у пожилых пациентов с саркопенией // Современная ревматология. 2021. Т. 15, № 6. С. 41–47. DOI: <https://doi.org/10.14412/1996-7012-2021-6-41-47>.
3. Association Between Depressive Symptoms and Sarcopenia in Older Chinese Community-Dwelling Individuals / H. Wang, S. Hai, Y. Liu [et al.] // Clinical Interventions in Aging. 2018. Vol. 13. P. 1605–1611. DOI: <https://doi.org/10.2147/cia.s173146>.
4. Взаимосвязь депрессии и саркопении у пациентов пожилого возраста / С. В. Булгакова, Д. П. Курмаев, Е. В. Тренева [и др.] // Современные проблемы здравоохранения и медицинской статистики. 2024. № 3. С. 342–358. DOI: <https://doi.org/10.24412/2312-2935-2024-3-342-358>.