

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ**К. А. Исламова, Э. С. Тоиров**

Самаркандский государственный медицинский институт, Самарканд, Узбекистан

Ключевые слова: Остеоартроз, качество жизни, ожирение, индекс WOMAC, индекс Лекена, экспертные признаки.

Таянч сўзлар: Остеоартроз, ҳаёт сифати, семизлик, WOMAC индекси, Лекен индекси, эксперт белгилари.

Keywords: Osteoarthritis, quality of life, obesity, WOMAC index, Leken index, expert signs.

Обследованы 80 больных (28,8% мужчин, 71,2% - женщин, средний возраст $58,5 \pm 0,8$ лет) остеоартрозом (ОА) коленных суставов. У 27,5% пациентов индекс массы тела (ИМТ) соответствовал нормальному показателю, у 28,8% - избыточной массе тела, у 25,0% - ожирению I, у 12,2% - II степени. Повышение массы тела больными способствовало повышению тяжести ОА. У больных ОА ухудшается качество жизни по всем параметрам опросника EQ-5D (EuroQol), показатели индексов WOMAC, Лекена и экспертные признаки.

ОСТЕОАРТРОЗ БИЛАН БЕМОРЛАРНИ ҲАЁТ СИФАТИ**К. А. Исламова, Э. С. Тоиров**

Самарканд давлат тиббиёт институти, Самарканд, Ўзбекистон

Текширувдан тизга бўғими остеоартроз (ОА) билан 80 бемор (28,8% эркак, 71,2% - аёл, ўртача ёш $58,5 \pm 0,8$ ёш) ўтказилди. 27,5% беморда тана масса индекси (ТМИ) нормал кўрсаткични, 28,8% - бемор ортқича тана вазни, 25,0% - I даража семизлик, 12,2% - II даража семизликни ташкил этди. Беморнинг тана вазинини ошиши остеоартрознинг кучайиб боришига ёрдам беради. ОА касалликларида EQ-5D (EuroQol) суровномаси, WOMAC ва лекен индекси, эксперт кўрсаткичлари бўйича ҳаёт сифати барча жиҳатларда ёмонлашади.

QUALITY OF PATIENTS LIFE WITH OSTEOARTHRITIS**K. A. Islamova, E. S. Toirov**

Samarkand state medical institute, Samarkand, Uzbekistan

Examination of 80 patients (28.8% of men, 71.2% of women, average age 58.5 ± 0.8 years) with osteoarthritis (OA) of the knee joints. In 27.5% patients, body mass index (BMI) corresponded to a normal indicator, in 28.8% overweight, in 25.0% obesity I, in 12.2% II degrees. Increased body weight of patients contributed to the increase in the severity of OA. In patients with OA, the quality of life is deteriorating in all respects to the EQ-5D (Euro Qol) questionnaire, indicators of the WOMAC, Leken indices and expert evidence.

В настоящее время среди основных причин временной нетрудоспособности и инвалидности населения, остеоартроз (ОА) занимает лидирующие позиции, уступая только ишемической болезни сердца [1-3, 6, 10.]. Основными клиническими симптомами ОА являются боль, припухлость и деформация суставов, приводящие к функциональной недостаточности суставов и инвалидности больных [5, 7-9].

При ОА наряду с основными проявлениями присутствуют разнообразные неврологические и невротические симптомы, что обусловлено с хроническим течением заболевания, нарушением привычного образа жизни больных и сменой круга жизненных интересов пациентов. Однако при артрозах не всегда обращается внимание на наличие у больных признаков невротических расстройств, и проведение психотерапевтических мер очень часто остается вне поля зрения лечащих врачей. В то же время низкая лечебная и реабилитационная эффективность при заболеваниях суставов в значительной степени связана с недостаточной оценкой показателей качества жизни больных.

Характеристику ОА определяют целый ряд стандартных тестов: визуальная аналоговая шкала (ВАШ), индекс Лекена, тест WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities osteoarthritis Index), интегральный показатель нарушений функции нижних конечностей и др., [4, 5, 10, 11]. Однако эти методы являются информативными при определении функционального состояния суставов, где ОА рассматривается как локальная патология. В литературе очень мало наблюдений по применению стандартных тестов при оценке параметров качества жизни пациентов, а именно степени дискомфорта, тревоги и депрессии.

Цель исследования. Изучить взаимосвязь результаты индексов WOMAC, Лакена и показателей экспертных признаков с показателями качества жизни больных гонартрозом и определить их диагностическое значение при оценке функционального состояния больных.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 80 больных (23 мужчин, 28,8%, 57 женщин, 71,2%) в возрасте от 48 до 75 лет (средний возраст $58,5 \pm 0,8$ лет) ОА коленных суставов, обследованных в отделении ревматологии клиники № 1 СамМИ. Диагноз ОА соответствовал критериям АКР [2, 10-30; 9, 5-12].

Генерализованный ОА (полиартрикулярная форма) с поражением коленных, тазобедренных суставов и суставов кистей отмечался у 21,2%, моноартроз (левого или правого) коленного сустава - у 48,8%, олигоостеоартроз - у 30,0% больных. Реактивный синовит диагностирован у 37,5% пациентов. При рентгенографии коленных суставов были выявлены все IV стадии гонартроза (по Келлгрэну): I стадия наблюдалась у 13 (16,3%) больных, IV стадия — у 11 (13,8%), II и III стадии были выявлены у подавляющего большинства пациентов — 56 (70,1%). У 18,8% пациентов функциональное состояние суставов не имело ограничений, у 81,2% констатировано нарушение функции суставов: у 33,8% — I степени, у 32,5% — II степени и у 15,0% — III степени.

Исследование суставного синдрома проводилось по принятым стандартам. Подсчитывалось число пораженных суставов, определялись степень боли, скованности, ограничения функциональной способности и общее состояние больных по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), где результат от 70 до 100 мм (7-10 см) — соответствуют выраженным изменениям, от 40 до 70 мм (4-7 см) — умеренным изменениям, от 10 до 40 мм (1-4 см) — слабым изменениям. Степень экссудации при реактивном синовите определялась по 3 балльной системе, где 0 баллов указывает на отсутствие экссудации в суставе, 1 балл — экссудация определяется в пределах сустава, 2 балла — экссудация видна при обычном осмотре, 3 балла — экссудация переходит в околосуставную область.

Функциональное состояние суставов определяли по суммарному алгофункциональному индексу Лекена, индексу WOMAC и 6 экспертным признакам.

Качество жизни больных определяли с помощью международного опросника EQ-5D. Этот опросник широко применяется в различных странах и дает в ходе обработки собранных данных единый балл для оценки качества жизни. Международный опросник EQ-5D состоит из 5 компонентов: передвижение в пространстве (1), самообслуживание (2), повседневная активность (3), боль и дискомфорт (4), тревога и депрессия (5). Шкала для оценки каждого компонента имеет три уровня в зависимости от степени выраженности проблемы: 1 - нет нарушений; 2 - есть умеренные нарушения; 3 - есть выраженные нарушения.

На каждого больного заполнялась индивидуальная карта, включающая в себя: антропометрические данные (рост, вес, ИМТ), данные анамнеза, клинического осмотра, оценку боли в коленных суставах по ВАШ — от 0 до 100 мм, суставной статус, сопутствующие заболевания. Учитывалось лечение симптоматическими препаратами замедленного действия: больные, которые принимали комбинированную терапию хондроитин сульфат и гиалуроновую кислоты более шести месяцев в год в течение пяти лет были отнесены к группе, получавших лечение.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы EXCEL. Для определения достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента, критерии Манна-Уитни, Спирмена. Достоверным считались различия при степени вероятности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что у больных ОА степень боли по ВАШ в среднем составляет $65,5 \pm 5,5$ мм (умеренная боль), выраженность утренней скованности - $35,6 \pm 3,5$ мм (слабая скованность), степень ограничения функциональной способности суставов - $75,5 \pm 6,6$ мм (выраженное ограничение). Однако, результат самооценки общего состояния по ВАШ составил $76,5 \pm 6,3$ см, что соответствует тяжелому состоянию. Такое несоответствие параметров ВАШ и анализа параметров качества жизни пациентов указывает на наличие у больных невротических нарушений.

По нашим данным повышение массы тела является одним из факторов тяжести ОА. Так, индекс массы тела варьировал от 19 до 39. У 22 (27,5%) больных ИМТ соответствовал нормальному показателю (по рекомендациям ВОЗ - 18,5-24,9), у 23 (28,8%) – избыточной массе тела (предожирение - 25-29,9), у 15 (25,0%) – ожирению I (первой) степени (30-34,9) и у 20 (12,2%) – ожирению II (второй) степени (35-40). Увеличение массы тела способствовало развитию реактивного синовита и вторичных изменений в венах нижних конечностей. Среди больных с нормальным показателем массы тела реактивный синовит диагностирован у 13,7% пациентов, с повышенным показателем ИМТ - у 26,6% пациентов, при ожирении I степени – у 46,7%, II степени – у 70,0% больных ($r=0,8$). Частота варикозных вен нижних конечностей у пациентов вышеуказанных групп составила соответственно - 27,3; 43,5; 53,0 и 65,0% ($r=0,6$).

По результатам оценки индекса Лекена у 15,0% больных ОА был легким, у 41,3% – умеренным, у 20% – тяжелым, у 16,3% – очень тяжелым и у 7,5% – крайне тяжелым. При нормальной массе тела легкий ОА (1-4 б) диагностирован – у 18,2%, умеренный (5-7 б) – у 63,6%, тяжелый (8-10 б) – у 18,2% больных. Увеличение массы тела больных способствовало повышению тяжести ОА. Среди больных с повышенной массой тела легкий, умеренный, тяжелый и очень тяжелый ОА был обнаружен соответственно – у 17,4; 52,2; 13,0 и 17,4% больных. Среди больных с ожирением I и II степени, по сравнению с нормальной и повышенной массой тела было больше больных тяжелым ОА (26,7 и 25,0% против 18,2 и 13,0%). Также, при I и II степени ожирения у 13,0 и 20,0% больных был диагностирован крайне тяжелый ОА (14 балл).

По индексу WOMAC выраженность болевого синдрома составила - $6,5 \pm 0,5$ см, скованности – $3,5 \pm 0,3$ см, степень ограничения функциональной способности - $7,5 \pm 0,6$ см. Выраженность болевого синдрома у лиц с нормальной массой тела в среднем составила $5,8 \pm 0,4$ см, повышенной массой тела - $6,3 \pm 0,3$ см, I степенью ожирения - $6,7 \pm 0,2$ см, II степенью ожирения – $7,2 \pm 0,4$ см (выраженная корреляция $r=0,8$); выраженность скованности соответственно - $3,2 \pm 0,2$; $3,3 \pm 0,3$; $3,5 \pm 0,2$ и $3,6 \pm 0,3$ см (слабая корреляция $r=0,2$); степень ограничения функциональной способности – $6,9 \pm 0,4$; $7,2 \pm 0,5$; $7,8 \pm 0,6$ и $8,2 \pm 0,5$ см (умеренная корреляция $r=0,6$).

По результатам оценки 6 экспертных признаков - «Передвижение», «Дополнительная опора», «Выполнение бытовых функций», «Самообслуживание», «Пользование общественным транспортом» и «Выполнение профессиональных обязанностей» от 17,5% до 36,3% больных ОА не имели существенные ограничения. У всех больных с ожирением I и II степени наблюдались хромота, нарушение способности к самообслуживанию, ограничение при пользовании общественным транспортом и выполнении профессиональных обязанностей. Только от 5,0 до 13,0% больных с ожирением I и II степени - не нуждались в дополнительной опоре, от 6,6 до 10,0% больных - не имели ограничения при выполнении бытовых функций. Патологический тип передвижения и невозможность ходьбы среди лиц с нормальной массой тела не были обнаружены, а при ожирении первой и второй степени были выявлены соответственно - у 13,3; 30,0% и 6,7; 10,0% больных. Сравнительно тяжелые экспертные признаки - необходимость в дополнительных средствах при ходьбе, невозможность выполнения бытовых функций, самообслуживания, пользования общественным транспортом и выполнения профессиональных обязанностей были обнаружены - от 6,7 до 10,0% больных ОА с I и II степенью ожирения.

По результатам международного опросника EQ-5D среди пациентов с остеоартрозом проблемы со здоровьем отметили в той или иной степени все опрошенные. По первому разделу вопросника – «Передвижение в пространстве» проблемы имели – 85,0% больных ОА. Среди больных с нормальными показателями ИМТ проблемы с передвижением в пространстве имели 77,3% опрошенных, что было меньше чем у больных с ожирением I и II степени (93,3 и 90,0%). По разделу «Самообслуживание» не имели проблем 27,5% больных: при нормальной массе тела – 27,3%, при повышении ИМТ – 34,8%, при ожирении I и II степени

соответственно - 20,0 и 25,0% больных. Количество больных имеющих некоторые проблемы с самообслуживанием повышалось по мере повышения ИМТ: 72,7%; 65,2%, 73,3% и 65,0% - у больных с нормальным, повышением индекса ИМТ, ожирением I и II степени соответственно. По данным опросника 6,7% и 10,0% больных с ожирением I и II степени не могли мыться и одеваться.

По разделу «Повседневная активность» не имели проблем 21,3% больных: 22,7% - с нормальным ИМТ, 30,4% - повышением ИМТ, 80,0% и 75,0% - с ожирением I и II степени. Имели некоторые проблемы - 77,3%, 69,6%, 80,0% и 75,0% больных. 6,7% и 10,0% больных с ожирением I и II степени не могли выполнять повседневные дела. По шкале «Боль и дискомфорт» не было боли и дискомфорта у 16,3% больных. 72,5% больных имели небольшую боль и дискомфорт, 11,3% - сильную боль и дискомфорт (больные с I и II степенью ожирения). По разделу «Тревога и депрессия» не имели тревоги и депрессии 12,5% больных, небольшую тревогу и депрессии имели 78,8% больных, выраженную тревогу и депрессии 8,8% больных. Среди лиц с ожирением с I и II степени выраженную тревогу и депрессию имели соответственно: 13,3 и 15,0% обследованных.

За последний год улучшение состояния здоровья отмечали 18,8% больных. У 61,3% обследованных не наблюдалось существенных изменений состояния за последний год. У 20,0% больных наблюдалось ухудшение состояния: 13,6% - с нормальным ИМТ, 17,4% - повышенным ИМТ, 20,0% - ожирением первой, 30,0% - ожирением второй степени.

Таким образом, хроническое дистрофическое заболевание суставов - остеоартроз, как тяжелое соматическое заболевание оказывают интенсивное психотравмирующее – стрессовое воздействие, прежде всего продолжительным и упорным течением, развитием функциональной недостаточности суставов и стойкой утраты трудоспособности больного. У большинства больных удается обнаружить изменения показателей качества жизни по всем параметрам вопросника EQ-5D (EuroQol). Больше всего снижаются показатели параметров «Тревога и депрессия» (87,6%), «Передвижение в пространстве» (85,0%), «Боль и дискомфорт» (83,8%), «Повседневная активность» (78,3%), что отражает типичную клиническую картину остеоартроза. Низкие показатели параметров опросника особенно характерны при повышении ИМТ, ожирении I и II степени.

Базисная и противовоспалительная терапия ОА при наличии нарушений параметров качества жизни у больных, как правило, недостаточно эффективна и требует разработки новых подходов к их лечению. Низкая оценка качества жизни со стороны пациентов ОА требует своевременное включение в схему их лечения общеукрепляющих, физиотерапевтических, седативных средств. Комплексное лечение больных стимулирует работу системы АКТГ - кортизол, устраняет стрессовую реакцию щитовидной железы и способствует улучшению метаболизма кальций регулирующих гормонов. Высокая клиническая эффективность, отсутствие побочных эффектов, хорошее сочетание с противовоспалительными препаратами дают основание для широкого применения этих методов в лечебной практике [10].

Вопросник EQ-5D (EuroQol) и функциональные индексы WOMAC, Лекена и экспертные признаки являются высокоинформативными для оценки общего состояния и качества их жизни больных ОА. Наличии коморбидных состояний – повышение массы тела, ожирение, варикозное расширение вен значительно ухудшают показателей этих тестов.

Использованная литература:

1. Балабанова Р.М и др., Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. Научно-практическая ревматология.- 2012.- № 3. С. 10-12.

2. Верткин А.Л., Максименко Е.В., Шамуилова М.М. Остеоартроз в общей медицинской практике // Терапевт. научно-практический ежемесячный журнал. 2008. № 9. С. 10-30.
3. Галушко Е.А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний: автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 2011. С. 47.
4. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Алексеева Л.И. Остеоартроз амбулаторной практике // Современная ревматология. 2012. № 4. С. 66-70.
5. Зайцева Е.М., Алексеева Л.И. Причины боли при остеоартрозе и факторы прогрессирования заболевания (обзор литературы) // Научно-практическая ревматология. 2011. № 1. С. 50-57.
6. Лесняк О.М., Крохина Н.Н., Алферова О.Е. Эпидемиологическое исследование суставных жалоб и остеоартроза среди городского и сельского населения Урала // Научно-практическая ревматология. 2008. № 6. С. 27-32.
7. Лесняк О.М., Пухтинская П.С. Остеоартрит. // Школа Здоровья. М.: ГЭОТАР-Медиа. 2008. С. 104.
8. Матвеев Р.П., Брагина С.В. Остеоартроз коленного сустава: проблемы и значимость. Экология человека. 2012. № 9. С. 53-62.
9. Наумов А.В., Алексеева Л.И., Верткин А.Л. Ведение больных с остеоартритом и коморбидностью в общей врачебной практике. // Клинические рекомендации консенсуса экспертов Российской Федерации. Москва 2015.
10. Тоиров Э.С., Соловьев С.К., Исламова К.А. Остеоартроз. Современные методы диагностики и лечения. // Методические рекомендации. Самарканд 2018. С. 18-22.
11. Belo J.N. et al. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies // Arthritis and Rheumatism. - 2007. - Vol. 57. - № 1. P.13-26.