

9. Zaid M. Anthropometric and metabolic indices in assessment of type and severity of dyslipidemia / M. Zaid, F. Ameer, R. Rashid, N. Farooq, S. Hasnain, N. Zaidi // Journal of physiological anthropology. – 2017. – Т. 36. – №. 1. – С. 19.

УДК: 616.72-039.75

Исламова К.А., Тоиров Э.С.
ЗНАЧЕНИЕ ФАКТОРОВ РИСКА НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ
БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Кафедра внутренние болезни № 1
Самаркандский Государственный медицинский институт
Самарканд, Узбекистан

Islamova K.A., Toirov E.S.
THE IMPORTANCE OF RISK FACTORS ON THE QUALITY OF LIFE
OF PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

Department of Internal Medicine No. 1
Samarkand State Medical Institute
Samarkand, Uzbekistan

E-mail: kamola.islamova@mail.ru

Аннотация. Обследованы 160 больных (28,8% мужчин, 71,2% - женщин, средний возраст 58,5±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 больных способствовало повышению тяжести ОА. У больных ОА ухудшаются качество жизни по всем параметрам опросника EQ-5D (EuroQol), показатели индексов WOMAC, Лекена и экспертные признаки.

Annotation. Examination of 160 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, Lekena indices and expert evidence.

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

Key words: Osteoarthritis, health risk, quality of life, obesity, WOMAC index, Leken index, expert signs.

Введение. Остеоартроз (ОА) представляет собой сложную клиническую проблему, так как в основе этого заболевания лежат различные патогенетические механизмы, вызывающие дегенерацию хряща и приводящие к биологическим и морфологическим изменениям всех структур сустава, что влечет за собой разнообразные клинические проявления [1, 2, 3, 4]. Актуальным проблему ОА делает также большая распространенность этого заболевания, на долю которого приходится 60-70% всей ревматической патологии. При этом в 10% случаев он является причиной инвалидности, вызывая ухудшение качества жизни больных и значительные финансовые затраты - как со стороны больного, так и общества в целом [6].

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., [5]. Однако во многих исследованиях анкетированные методы применялись только при суставном синдроме, где ОА рассматривается как локальная патология, в литературе очень мало наблюдений по применению стандартных тестов при оценке функционального состояния больных с ожирением различной степени.

Цель исследования - изучить факторы риска, определяющие качество жизни больных остеоартрозом.

Материалы и методы исследования

Было обследовано 160 больных (46 мужчин, 28,8%, 114 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 № I СамМИ. Диагноз ОА соответствовал критериям АКР [3, 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 Келлгрону): I стадия наблюдалась у 26 (16,3%) больных, IV стадия — у 22 (13,8%), II и III стадии были выявлены у подавляющего большинства пациентов — 112 (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 поводилось по принятым стандартам. Подсчитывалось числа 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 определялось с помощью международного опросника EQ-5D состоящий 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.

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 исследования и их обсуждение

Установлено, что по ВАШ степень боли у больных ОА 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). Результат самооценки общего состояния по ВАШ составила $76,5 \pm 6,3$ см, что соответствует тяжелому состоянию. Индекс массы тела варьировал от 19 до 39. У 44 (27,5%) больных ИМТ соответствовал нормальному показателю (по рекомендациям ВОЗ - 18,5-24,9), у 46 (28,8%) – избыточной массе тела (предожирение - 25-29,9), у 30 (25,0%) – ожирению I (первой) степени (30-34,9) и у 40 (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 повышенным массой тела легкий, умеренный, тяжелый и очень тяжелый ОА было 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 к 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.

Выводы:

1. Для повышения эффективности лечения ОА необходимо изучение основных факторов риска, в частности, физическая нагрузка, ожирение, депрессия, играющих ведущую роль в прогрессировании данного заболевания среди больных.

2. Необходимо своевременно устранять вышеперечисленные факторы риска, применяя опросник EQ-5D (EuroQol) для повышения качества жизни больных остеоартрозом.

Список литературы:

1. Алексеева Л.И., Верткин А.Л., Мендель О.И. Коморбидность при остеоартрозе: рациональные подходы к лечению больного // Русский медицинский журнал. 2009. Т. 17. № 21. С. 1472-1476.

2. Беленький А.Г. Препараты гиалуронана в лечении остеоартроза коленного и тазобедренного суставов: учебное пособие / А.Г.Беленький М.: Медицина, 2016. - С. 7- 87

3. Кузовкина Т.Н. Факторы риска, качество жизни и особенности терапии остеоартроза у военнослужащих. автореф. дис. д-ра мед. наук. 2011. № 9 . С. 122.

4. Галушко Е.А. Медико-социальная значимость ревматических заболеваний: автореф. дис. д-ра мед. наук. - М., 2011. С. 47.

5. Галушко Е.А., Эрдес Ш.Ф., Алексеева Л.И. Остеартроз амбулаторной практике // Современная ревматология. 2012. № 4. С. 66-70.

6. Денисов Л.Н., Насонова В.А. Ожирение и остеоартроз. // Научно-практическая ревматология. 2010. № 3. С. 48-51.