

На правах рукописи

Крохина Наталья Николаевна

**ОСТЕОАРТРОЗ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА
В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ:
КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ**

14.00.05 – внутренние болезни

Автореферат
диссертации на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Екатеринбург – 2009

Работа выполнена в Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» на базе Государственного учреждения здравоохранения «Свердловская областная клиническая больница №1»

Научный руководитель:

доктор медицинских наук, профессор

Лесняк Ольга Михайловна

Официальные оппоненты:

заслуженный деятель науки РФ,

доктор медицинских наук, профессор

Туев Александр Васильевич

доктор медицинских наук, профессор

Шардин Станислав Андреевич

Ведущая организация:

Государственное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Челябинская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию»

Защита состоится «14» апреля 2009 года в «__» часов на заседании совета по защите докторских диссертаций Д.208.102.02, созданного при Государственном образовательном учреждении высшего профессионального образования «Уральская государственная медицинская академия Федерального агентства по здравоохранению и социальному развитию» по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Репина, д. 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке ГОУ ВПО УГМА Росздрава по адресу: 620028, г. Екатеринбург, ул. Ключевская, д. 17, а с авторефератом на сайте академии www.usma.ru

Автореферат разослан «__» марта 2009 г.

Ученый секретарь совета
по защите докторских диссертаций,
доктор медицинских наук,
профессор

Гришина И.Ф.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА РАБОТЫ

Актуальность проблемы

Патология костно-мышечного аппарата стоит в ряду наиболее значимых медицинских проблем с выраженным влиянием на экономику общества, здоровье и качество жизни отдельных индивидуумов и их семей. Поэтому под эгидой Всемирной организации здравоохранения была разработана Программа международной Декады болезней костей и суставов («Bone and Joint Decade, 2000-2010»). Программа предусматривает решение широкого круга вопросов, включая изучение эпидемиологии и социально-экономической нагрузки ревматических заболеваний на общество, активизацию ранней диагностики и профилактики (Wolfe A.D., 2000). Основное внимание Декады направлено на болезни с высокой распространённостью и существенными медико-социальными последствиями: остеоартроз, ревматоидный артрит, остеопороз, боли в нижней части спины и травмы опорно-двигательного аппарата. По современным представлениям ведение пациентов с этой патологией должно относиться преимущественно к компетенции участкового терапевта или врача общей практики, поскольку только «узкими» специалистами проблемы этих широко распространённых заболеваний не могут быть решены. Без участия врачей первичного звена цели Декады не могут быть достигнуты.

Остеоартроз (ОА) – гетерогенная группа заболеваний различной этиологии со схожими биологическими, морфологическими, клиническими проявлениями и исходом, в основе которых лежит поражение всех компонентов хряща, а также субхондральной кости, синовиальной оболочки, связок, капсулы, околосуставных мышц. Остеоартроз также называется остеоартритом, поскольку в прогрессировании заболевания играет роль воспаление (Brandt K.D., 2003). Ключевыми особенностями заболевания считаются боль и функциональные ограничения в суставах и связанное с ними снижение качества жизни людей. Остеоартроз – самая распространённая форма поражения суставов, занимающая ведущее место в структуре заболеваний опорно-двигательного аппарата (Насонова В.А., 2001). Это одно из ведущих хронических заболеваний (синдромов), ассоциированных с максимально негативным вкладом в глобальное состояние здоровья Земли и наибольшими социально-экономическими потерями (ВОЗ, 2003).

Известно, что факторами риска остеоартроза и его прогрессирования являются низкий уровень образования (Parazzini F., 2003) и тяжёлый физический труд (Lievence A. et al., 2001), в целом характерные для села, что делает актуальными исследования по изучению частоты и клинических проявлений ОА в сельских популяциях. Отдалённость от центра затрудняет получение регулярной консультативной

специализированной помощи жителями села, следовательно, основная нагрузка по ведению больных ОА в селе должна ложиться на врача первичного звена (участкового терапевта или врача общей практики).

Сведения о распространённости ОА среди сельских жителей противоречивы. На основе некоторых немногочисленных зарубежных эпидемиологических исследований можно предположить более высокую распространённость ОА в популяции сельских жителей (Cvijetic S., 2004), а также среди работников сельского хозяйства (Croft P., 2005). В то же время, в одном крупном исследовании не было выявлено существенных различий в распространённости ОА между городским и сельским населением (De Filippis L. et al., 2004). В России проведено единственное популяционное исследование распространённости ОА среди сельского населения, но оно касалось только коренной популяции Якутии (якутов и эвенков) (Протопопова Р.Н., Эрдес Ш., 2000). Было выявлено, что распространённость ОА среди них значительно выше, чем среднероссийские показатели для городского населения. Однако неизвестно, является ли это следствием генетических особенностей коренных жителей Якутии, специфики их образа жизни или факта проживания в селе. Популяционные исследования ОА среди неорганизованного сельского населения других регионов России не проводились. Данные российских исследований, свидетельствующих о высокой распространённости ОА среди работников сельского хозяйства (Дорошенко Ю.А., 1993; Елисеева Л.Н., 1993), не могут быть экстраполированы на всю популяцию из-за специфики выборки.

Как известно, болезни костно-мышечной системы приводят к ухудшению физического состояния больного, а хроническое, прогрессирующее течение заболеваний и потеря трудоспособности вызывают проблемы психологического характера, ограничение социальной активности и снижение качества жизни. Зарубежные данные показали, что качество жизни больных костно-мышечной патологией хуже, чем у больных сердечно-сосудистой, респираторной и желудочно-кишечной патологией (Strangers M.A.G., 2000). Российские исследователи показали, что качество жизни у больных остеоартрозом, проживающих в городе, хуже, чем в общей городской популяции (Михайлова А.Е., 2005). Было также продемонстрировано, что остеоартроз ухудшает качество жизни женщин в постменопаузе (Попов А.А. и соавт., 2007). При этом качество жизни, как и состояние медицинской помощи и её эффективность, у больных ОА, проживающих в сельской местности, не изучались.

Всё вышеизложенное определило **цель исследования**: обосновать необходимость и обозначить основные направления оптимизации оказания первичной медицинской помощи сельским жителям, больным остеоартрозом.

Задачи исследования

1. В одномоментном популяционном исследовании определить распространённость суставного синдрома, болей в поясничном отделе позвоночника и остеоартроза у сельского населения России на примере Среднего Урала.

2. Охарактеризовать спектр заболеваний, проявляющихся суставным синдромом у жителей села.

3. По данным клинико-инструментального исследования описать особенности клинических проявлений и изучить качество жизни у сельских жителей с остеоартрозом.

4. При проспективном наблюдении в течение года за когортой больных остеоартрозом изучить динамику клинических проявлений и качества жизни.

Научная новизна

Впервые проведённое эпидемиологическое исследование в популяции неорганизованного сельского населения России позволило определить высокую распространённость жалоб со стороны опорно-двигательного аппарата, нарастающую с возрастом. Показано, что при этом самым частым симптомом была боль в поясничном отделе позвоночника, а самой частой нозологической формой – остеоартроз периферических суставов. Впервые получены цифры распространённости остеоартроза в сельской популяции России.

Впервые продемонстрировано, что качество жизни больных ОА, проживающих в сельской местности, существенно ниже показателей общей сельской популяции того же региона.

Впервые осуществлённое проспективное наблюдение когорты больных остеоартрозом в сельской местности выявило низкую долю пациентов, сотрудничающих с врачом-консультантом по вопросам лечения, что сопровождалось отсутствием положительной динамики клинической картины.

Практическая ценность

Проведённое исследование показало высокую распространённость патологии костно-мышечной системы, включая остеоартроз, среди сельской популяции России, а также низкую выявляемость заболевания и

малую долю пациентов, настроенных на лечение и выполняющих рекомендации врача.

Все вышеизложенное обосновывает необходимость совершенствования оказания первичной медицинской помощи сельскому населению по вопросам ревматического здоровья с более активным участием врача первичного звена здравоохранения (участкового терапевта, врача общей практики) и широким внедрением школ здоровья для данного контингента больных.

Положения, выносимые на защиту

1. Симптомы поражения опорно-двигательного аппарата (артралгии, припухлость суставов, боли в поясничном отделе позвоночника) широко распространены среди сельского населения, их частота выше у женщин и нарастает с возрастом.

2. У жителей села наличие остеоартроза сопровождается снижением всех составляющих качества жизни по сравнению с общей сельской популяцией.

3. Доля пациентов с остеоартрозом, жителей сельской местности, сотрудничающих с врачом по вопросам лечения, не превышает 50%, что ассоциируется с неудовлетворительными результатами лечения.

Внедрение результатов исследования

Результаты исследования использованы при разработке «Клинико-организационного руководства по оказанию медицинской помощи больным остеоартритом для первичного звена здравоохранения» (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области №1021-п от 02.11.2007).

Теоретические положения и практические рекомендации диссертации используются в учебном процессе на кафедре семейной медицины ФПК и ПП ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава.

Апробация диссертации

Основные положения диссертации доложены и обсуждены на Проблемной комиссии по внутренним болезням ГОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Росздрава (Екатеринбург, 2008), заседаниях Свердловского областного общества терапевтов (Екатеринбург, 2003, 2004, 2008), I и II конгрессах ревматологов России (Саратов, 2003; Казань, 2005), Российской школе молодого ревматолога (Звенигород, 2004) и 3-ей межрегиональной специализированной выставке-конференции «Медицина и Здоровье. Здравоохранение Свердловской области 2008» (Екатеринбург, 2008).

Публикации

По теме диссертации опубликовано 11 работ, в том числе три статьи в журналах, рекомендованных ВАК Министерства образования и науки РФ.

Структура и объём работы

Диссертация изложена на 148 страницах машинописного текста и состоит из введения, обзора литературы, главы «Методы исследования и клиническая характеристика пациентов», главы собственных исследований, главы «Обсуждение результатов», выводов, практических рекомендаций и 4 приложений. Материал иллюстрирован 25 таблицами и 6 рисунками. Список литературы содержит 138 источников, из них 48 на русском и 90 на иностранных языках.

СОДЕРЖАНИЕ РАБОТЫ

Материалы и методы исследования

Клинико-эпидемиологическое исследование выполнено в рамках межрегиональной национальной программы «Социальная значимость и экономические последствия ревматических заболеваний», разработанной ГУ Институтом ревматологии РАМН, Ревматологическим центром МЗ РФ и Ассоциацией ревматологов России. Проведение исследования было одобрено комитетом по этике при ГУЗ «Свердловская областная клиническая больница №1» (протокол № 20 от 14.11.2001 г.).

Работа выполнена в три этапа: скринирующее анкетирование, диагностическое обследование и динамическое наблюдение.

На скринирующем этапе сформирована репрезентативная выборка из 5082 человек населения 10 населённых пунктов Невьянского района Свердловской области в возрасте 18 лет и старше. Далее проводился опрос с заполнением скринирующей анкеты индивидуально на каждого жителя. Заполнено 3978 анкет. Ответаемость на анкеты составила 78,3%.

На втором (диагностическом) этапе исследования по результатам скрининга сформирована случайная выборка лиц с суставными жалобами в количестве 600 чел. для клинического обследования и уточнения характера имеющейся патологии опорно-двигательного аппарата. Всего осмотрено 408 женщин и 192 мужчины.

Все отобранные лица обследовались по единой клинической карте, согласно которой верифицировался диагноз. Результаты вносились в компьютерную базу данных. Верификация диагнозов проводилась: остеоартроза – в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (1986, 1991), ревматоидного артрита – в соответствии с критериями Американской коллегии ревматологов (1987), других артритов – в соответствии с клиническими рекомендациями Ассоциации ревматологов России (2005, 2006).

На диагностическом этапе также проводилось рентгенологическое исследование суставов. Рентгенологические стадии остеоартроза были определены по критериям Kellgren-Lawrence (1957).

После верификации диагноза ОА начинался третий (динамический) этап исследования. В группу для динамического наблюдения, которое проводилось через 6 (± 1) и через 12 (± 1) месяцев, были включены 189 пациентов с остеоартрозом. При каждом последующем визите продолжалось ведение клинической карты, в которой отражалась динамика клинических симптомов заболевания. Изучение соблюдения рекомендаций по лечению ОА проводилось с помощью дневника лечения, который пациенты вели самостоятельно между осмотрами врача.

Изучение качества жизни проводилось с помощью неспецифического опросника Medical Outcomes Study (SF-36), который заполнялся пациентами самостоятельно на каждом визите. Группой сравнения выбрана общая популяция сельского населения Нижнесергинского района Свердловской области (522 чел., средний возраст $45,3 \pm 12,1$ лет), обследование которой проведено в тот же период времени и с помощью того же опросника, что и исследование качества жизни у больных ОА (Андрянова О.В., 2007).

Лабораторные исследования (общий анализ крови, мочи, ревматоидный фактор, мочевая кислота, С-реактивный белок) выполнялись по показаниям. Медикаментозная терапия назначалась согласно клиническим рекомендациям Ассоциации ревматологов России.

Статистическая обработка результатов проводилась с использованием компьютерных программ «SPSS 8.0 for Windows». Применялись параметрические и непараметрические статистические критерии (методы), используемые в медико-биологических исследованиях. Количественные показатели оценивались на нормальность распределения. Для показателей с ненормальным распределением результаты были представлены в виде медианы с указанием размаха значений от 25 до 75 перцентиля. Качественные признаки выражались в процентах с указанием 95% доверительного интервала (95% ДИ). Корреляция между переменными определялась коэффициентом ранговой корреляции Спирмена (r_s). Для каждого критерия определяли значение уровня статистической значимости (p). Достоверными считались различия при уровне $p < 0,05$.

Результаты исследования и их обсуждение

Эпидемиологическая характеристика суставного синдрома и болей в позвоночнике у сельских жителей

Среди 3978 проанкетированных сельских жителей жалобы на боли в суставах в течение жизни предъявляли 1306 чел. (32,8%), в течение последнего года – 1254 чел. (31,5%). С возрастом распространённость артралгий постепенно нарастала от 6,6% среди лиц в возрасте 18-20 лет до

62,2% среди жителей 71-80 лет. В возрастной группе старше 80 лет распространённость жалоб на боли в суставах несколько снижалась (39,0%). Выявленная в общей группе зависимость между возрастом и частотой артралгий сохранялась вне зависимости от пола ($r_s=0,97$, 95% ДИ 0,85-0,99, $p<0,0001$). Мужчин артралгии в течение жизни беспокоили реже (23,9%), чем женщин (39,7%) ($p<0,0001$).

Припухлость суставов в течение жизни отмечали 817 чел. (20,5%), в течение последнего года – 662 чел. (16,6%). Эта жалоба предъявлялась достоверно реже, чем жалоба на артралгии ($p<0,05$). Отмечено увеличение частоты припухлости суставов с возрастом до 80 лет (от 4,1 до 39,0%), после чего она уменьшалась (26,2%). Наблюдалась отчётливая связь между частотой припухлости суставов и возрастом ($r_s=0,93$, 95% ДИ 0,71-0,99, $p=0,0002$). Мужчин припухлость суставов беспокоила достоверно реже (11,5%), чем женщин (27,4%) ($p<0,0001$).

Боли в поясничном отделе позвоночника в течение всей жизни беспокоили 2261 чел. (56,8%), в течение последнего года – 1592 чел. (40,0%). С возрастом распространённость болей в поясничном отделе позвоночника постепенно нарастала от 26,5 до 81,3%. При этом зарегистрирована высокая корреляция с возрастом как в общей группе, так у мужчин и женщин ($r_s=0,95$, 95% ДИ 0,77-0,99, $p=0,0001$). Боли в поясничном отделе позвоночника реже беспокоили мужчин (53,3%), чем женщин (59,6%) ($p=0,0001$).

Таким образом, выявленная в нашем исследовании распространённость боли (31,5%) и припухания (16,6%) суставов среди сельского населения оказалась выше, чем в странах Европы (27,0% и 14,0% соответственно; Cimmino M.A. et al., 2001). Частота суставного синдрома была ниже, чем в ряде исследований у городских жителей России (Петрачкова Т.В., 2006; Лебедева Е.А., 2007) и у сельского населения Якутии (Протопопова Р.Н. и соавт., 2000). Количество суставных жалоб и болей в позвоночнике увеличивалось с возрастом, достигая максимальных значений в возрасте 71-80 лет, а затем несколько снижалось.

Распространённость заболеваний суставов в популяции

При осмотре 600 чел. с суставными жалобами выявлены различные заболевания опорно-двигательного аппарата (табл. 1). Самой частой причиной суставных жалоб был остеоартроз – 31,5% (у женщин чаще, чем у мужчин, $p<0,0001$).

На долю воспалительной патологии суставов внутри изученной группы больных с суставными жалобами приходилось менее 8%. У 14 женщин был выявлен ревматоидный артрит, при этом у 2 пациенток – впервые. Серонегативные спондилоартриты диагностированы у 5,1% пациентов: анкилозирующий спондилит – у 1 (0,5%), псориатический артрит – у 4 (0,7%), реактивные артриты – у 25 (4,2%) больных с суставными

жалобами. При этом из 25 больных реактивными артритами у 15 чел. (9 мужчин и 6 женщин) выявлен урогенный артрит, у 4 чел. (3 мужчин и 1 женщина) – артрит, ассоциированный с кишечной инфекцией, у 6 женщин выявлен постстрептококковый реактивный артрит.

Таблица 1

Структура заболеваний опорно-двигательного аппарата у сельских жителей с суставным синдромом

Нозологические формы или группы заболеваний	Частота в обследованной выборке			p*
	Оба пола n=600	Мужчины n=192	Женщины n=408	
Остеоартроз	189 (31,5%)	38 (19,8%)	151 (37,0%)	<0,0001
Ревматоидный артрит	14 (2,3%)	0	14 (2,9%)	0,009
Реактивный артрит	25 (4,2%)	12 (6,3%)	13 (3,2%)	0,08
Псориатический артрит	4 (0,7%)	2 (1,0%)	2 (0,5%)	0,44
Анкилозирующий спондилит	1 (0,2%)	1 (0,5%)	0	0,14
Подагра	3 (0,5%)	3 (1,6%)	0	0,01
Недифференцированный суставной синдром	141(23,5%)	43 (22,4%)	98 (24,0%)	0,66
Патология позвоночника (остеохондроз, спондилёз, радикулиты, межрёберные невралгии)	92 (15,3%)	28 (14,6%)	64 (15,7%)	0,72
Патология суставов стоп (плоскостопие, вальгусная деформация I пальца стопы)	38 (6,3%)	9 (4,7%)	29 (7,1%)	0,25
Заболевания мягких тканей (периартриты, тендиниты, лигаментиты, туннельные синдромы, контрактура Дюпюитрена)	53 (8,8%)	15 (7,8%)	38 (9,3%)	0,55
Бурситы	9 (1,5%)	6 (3,1%)	3 (0,7%)	0,02
Фибромиалгия	1 (0,2%)	0	1 (0,2%)	0,49

Примечание: * – статистическая значимость разницы между мужчинами и женщинами

Суставные жалобы были связаны с подагрой у 3 мужчин, у одного диагноз был выставлен впервые. Неясность клинической картины вкупе с

невозможностью полноценного дообследования ряда пациентов привели к тому, что у 23,5% больных был диагностирован недифференцированный суставной синдром.

У 6,3% обследованных выявлена патология стоп, у 8,8% – заболевания мягких тканей (периартриты, тендиниты, лигаментиты, туннельные синдромы, контрактура Дюпюитрена). Бурситы были выявлены у 9 больных, чаще у мужчин ($p=0,02$).

У большой группы пациентов, предъявлявших суставные жалобы, патологии суставов не выявлено, у них диагностированы различные заболевания позвоночника (15,3%), полинейропатия нижних конечностей на фоне сахарного диабета или алкоголизма (2,5%) и заболевания сосудов (вен и артерий) (2,7%).

Остеоартроз был выявлен у 189 чел.: 38 (20,1%) мужчин и 151 (79,9%) женщины. Средний возраст больных составил $63,3 \pm 0,78$ года: мужчин – $61,1 \pm 2,02$ года, женщин – $63,8 \pm 0,83$ года ($p=0,27$). Ранее диагноз ОА был установлен только у 57 чел. (30,2%).

Распространённость остеоартроза составила 11,4%: среди женщин – 16,0%, среди мужчин – 5,3% ($p<0,0001$). Распространённость ОА нарастала с увеличением возраста, достигая максимума в группе лиц от 61 до 70 лет (29,1%), а затем несколько снижалась ($r_s=0,9$, 95% ДИ 0,72-0,99, $p<0,001$). Распространённость ОА нарастала с возрастом и у мужчин ($r_s=0,89$, 95% ДИ 0,72-0,98, $p=0,02$), и у женщин ($r_s=0,94$, 95% ДИ 0,77-0,99, $p=0,006$). Как видно на рис. 1, выраженное преобладание ОА было отмечено у женщин старше 50 лет.

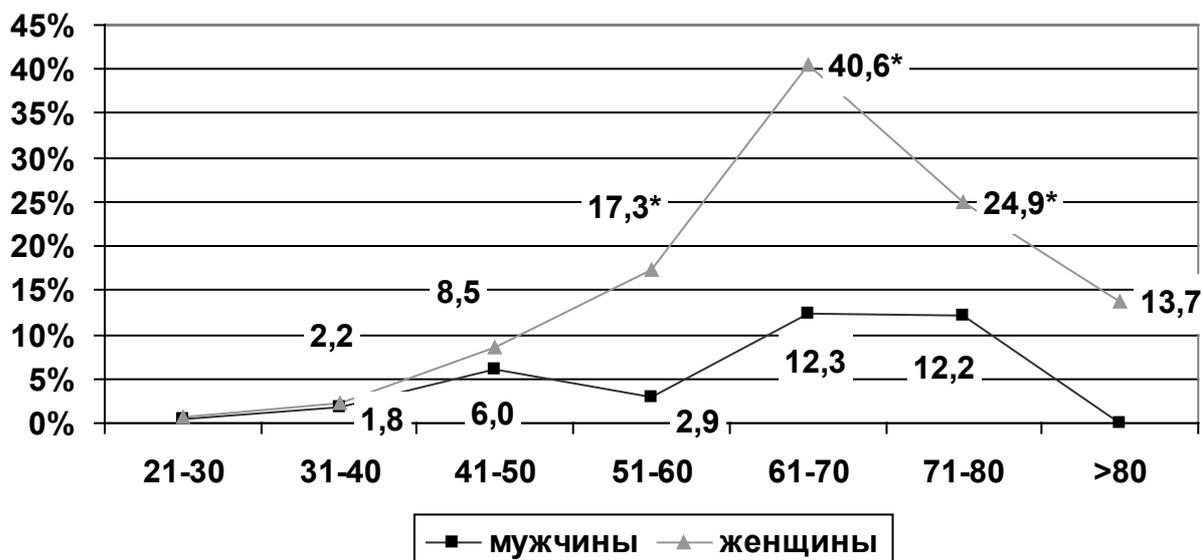


Рис. 1. Распространённость остеоартроза среди мужчин и женщин в разных возрастных группах

Примечание: * – $p<0,05$ при сравнении мужчин и женщин

Таким образом, спектр выявленной патологии отражал обычное соотношение поражений опорно-двигательного аппарата в амбулаторной практике. Самой распространённой патологией опорно-двигательного аппарата являлся остеоартроз.

Клинические проявления остеоартроза у сельских жителей и их динамика в течение года наблюдения

Выявлено преобладание генерализованной формы заболевания (66,7%) над локализованной, $p < 0,05$. Среди мужчин генерализованная форма отмечена реже (47,4% против 71,5% у женщин, $p < 0,05$). Частота генерализованной формы и у мужчин ($r_s = 0,82$, 95% ДИ 0,62-0,99, $p = 0,09$), и у женщин увеличивалась с возрастом ($r_s = 0,89$, 95% ДИ 0,62-0,99, $p = 0,04$), причём в возрасте старше 71 года её частота у мужчин практически достигла частоты у женщин (80,0% и 84,4% соответственно).

Как видно на рис. 2, наиболее часто были поражены коленные и дистальные межфаланговые суставы кистей. У женщин чаще поражались дистальные межфаланговые суставы кистей, у мужчин – тазобедренные суставы.

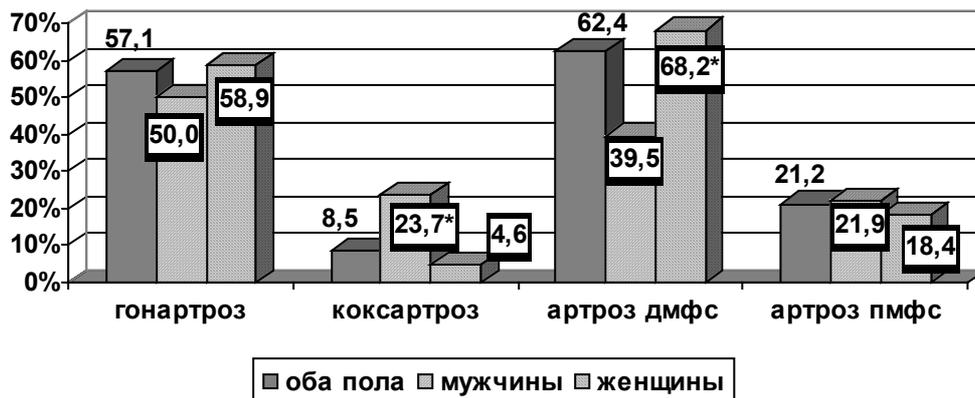


Рис. 2. Частота поражения различных суставов при остеоартрозе

Примечание: дмфс – дистальные межфаланговые суставы
 пмфс – проксимальные межфаланговые суставы
 * – $p < 0,05$ при сравнении мужчин и женщин

Боли в суставах на момент начала исследования отмечали 156 (82,5%) пациентов. Динамики доли больных с болевым суставным синдромом за год наблюдения не произошло: через 6 мес. пациентов с артралгиями было 124 (66,7%), через год – 129 (71,3%) ($p > 0,05$). Доля больных, отметивших утреннюю скованность в суставах, тоже не изменилась (39,2% – 27,4% – 37,6%, $p > 0,05$). Однако средняя длительность скованности уменьшилась (10,6±0,69 мин. – 7,3±0,59 мин. – 8,2±0,58 мин., $p < 0,0001$).

В течение года наблюдения не выявлено изменений в количестве болезненных суставов, а также в частоте болевого синдрома и синовитов в отдельных группах суставов ($p > 0,05$ по всем группам суставов).

Функциональное состояние больных остеоартрозом за время наблюдения не изменилось: динамика показателя физического функционирования (PF) анкеты SF-36 составила 60,0 – 70,0 – 65,0 ($p=0,107$).

Динамика клинической картины заболевания отмечена лишь у женщин: у них уменьшилось число болезненных коленных суставов (33,1% – 24,8%, $p<0,05$). Это сопровождалось улучшением функционального состояния пациенток: показатель PF анкеты SF-36: 55,0 – 70,0 – 62,5 ($p=0,028$). Однако отмечено увеличение доли пациенток с синовитом (16,7% – 28,9%, $p<0,05$).

У мужчин с ОА за время наблюдения динамики клинических проявлений заболевания не произошло ($p>0,05$ по всем показателям), как не изменилось и функциональное состояние: показатель PF анкеты SF-36: 70,0 – 65,0 – 70,0 ($p=0,938$).

Таким образом, отсутствие значимой динамики клинических проявлений остеоартроза за период наблюдения свидетельствует о том, что заболевание в течение года заметно не прогрессирует.

Качество жизни у больных остеоартрозом и его динамика в течение года наблюдения

Как следует из табл. 2, качество жизни пациентов с ОА по всем показателям опросника SF-36 отличалось от популяционных данных.

Таблица 2

Показатели качества жизни по анкете SF-36 у больных остеоартрозом сельских жителей в сравнении с общей популяцией сельского населения Свердловской области

Показатели качества жизни	Больные остеоартрозом	Популяция	p
PF	60,0 (35,0;80,0)	95,0 (85,0;100,0)	<0,0001
RP	56,3 (37,5;75,0)	75,0 (56,3;100,0)	<0,0001
RE	58,3 (50,0;75,0)	83,3 (58,3;100,0)	<0,0001
BP	41,0 (22,0;51,0)	72,0 (41,0;90,0)	<0,0001
E	45,0 (35,0;55,0)	60,0 (50,0;70,0)	<0,0001
GH	35,0 (25,0;45,0)	55,0 (43,3;64,2)	<0,0001
SF	62,5 (50,0;75,0)	87,5 (62,5;100,0)	<0,0001
MH	48,0 (40,0;56,0)	64,0 (52,0;72,0)	<0,0001

Примечание: PF – физическое функционирование
 RP – ролевые ограничения вследствие физических проблем
 RE – ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем
 BP – физические боли
 E – энергичность/жизнеспособность
 GH – восприятие общего состояния здоровья
 SF – социальное функционирование
 MH – психическое здоровье

В связи с тем, что средний возраст группы больных ОА был значительно выше, чем в контрольной популяции ($63,3 \pm 0,78$ года и $45,3 \pm 12,1$ лет соответственно), мы провели сравнение показателей качества жизни в разных возрастных группах. В популяции сельских жителей качество жизни по всем показателям снижалось с увеличением возраста. Такая же тенденция наблюдалась и у больных ОА, за исключением физической боли (BP), которая была у них примерно на одном уровне вне зависимости от возраста. При сравнении показателей качества жизни в различных возрастных группах у больных ОА и в популяции выявлено, что почти по всем показателям оно было достоверно хуже у больных ОА в возрастных группах 40-49 и 50-59 лет. В возрасте младше 30 лет качество жизни у больных ОА было хуже, чем в популяции того же возраста по показателям физической боли (BP) ($p=0,01$), жизнеспособности (E) ($p=0,01$) и восприятия общего состояния здоровья (GH) ($p<0,01$). В возрастной группе 30-39 лет только физическое функционирование (PF) было хуже у больных ОА, чем в популяции ($p=0,01$), а по всем остальным показателям качество жизни достоверно не различалось. В возрастной группе 60-69 лет достоверно хуже у больных ОА, чем в популяции были только показатели физического функционирования ($p<0,01$), физической боли ($p=0,02$) и восприятия общего состояния здоровья ($p<0,001$). Вероятно, это связано с тем, что больные начинают приспосабливаться к своему заболеванию. А в возрасте старше 69 лет достоверных различий в качестве жизни у больных остеоартрозом и в популяции выявлено не было. Возможно, это связано с тем, что в данной возрастной группе распространённость ОА в популяции достигает 30 %.

Качество жизни мужчин с ОА было хуже, чем в популяции по всем показателям, а качество жизни женщин с ОА отличалось только по показателям физического функционирования (PF), энергичности (E) и психического здоровья (MH). В связи с тем, что средний возраст больных ОА был значительно выше, чем в популяции (у мужчин $61,1 \pm 2,02$ лет и $45,1 \pm 12,6$ лет соответственно; у женщин $63,8 \pm 0,83$ лет и $45,6 \pm 10,1$ лет соответственно), мы провели сравнение показателей качества жизни у мужчин и женщин в разных возрастных группах. Качество жизни мужчин и женщин с ОА в возрасте до 40 лет мало отличалось от соответствующих возрастных популяционных групп. Лишь мужчины моложе 30 лет с ОА больше страдали от физической боли (BP), у них было хуже восприятие общего состояния здоровья (GH) и энергичность (E) ($p<0,05$). Молодые женщины также больше испытывали физические боли по сравнению с популяцией ($p<0,05$). Начиная с возраста 40 лет, пациенты с ОА, особенно мужчины, начинали больше ощущать физические ограничения. Физические боли оказывали большее влияние на качество жизни женщин в возрасте от 40 до 60 лет ($p<0,01$). С увеличением возраста и у мужчин, и у

женщин также накапливались проблемы с психическим здоровьем, ухудшалось восприятие общего состояния здоровья. В возрастной группе 50 – 59 лет у женщин с ОА отмечалось снижение энергичности ($p < 0,01$) и чаще наблюдались ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем ($p < 0,05$) в сравнении с популяционными данными.

Показатели качества жизни больных ОА в зависимости от пола представлены в табл. 3. Почти по всем показателям качество жизни женщин с ОА было хуже, чем качество жизни мужчин ($p < 0,05$). Только по показателю физической боли (BP) различий по полу выявлено не было ($p = 0,06$). Другими словами, сельские мужчины и женщины испытывают одинаковые боли. Худшее качество жизни женщин по всем остальным показателям, возможно, связано с тем, что женщины более терпеливы.

Таблица 3

Показатели качества жизни по SF-36 больных остеоартрозом сельских жителей в зависимости от пола*

Показатели качества жизни	Мужчины	Женщины	p
PF	70,0 (50,0;88,8)	55,0 (35,0;80,0)	0,02
RP	62,5 (50,0;75,0)	50,0 (31,3;71,9)	0,02
RE	75,0 (58,3;81,3)	58,3 (41,7;75,0)	0,02
BP	41,0 (41,0;52,0)	41,0 (22,0;51,0)	0,06
E	55,0 (41,3;60,0)	45,0 (35,0;55,0)	<0,01
GH	43,5 (30,0;50,0)	35,0 (20,0;42,0)	0,01
SF	62,5 (62,5;87,5)	62,5 (50,0;75,0)	0,02
MH	52,0 (48,0;60,0)	48,0 (36,0;56,0)	<0,01

Примечание: * – см. примечание к табл. 2

По большинству показателей анкеты SF-36 (физическая боль, ролевые ограничения вследствие физических проблем, жизнеспособность, восприятие общего состояния здоровья и психическое здоровье) качество жизни больных ОА в течение года наблюдения улучшилось (табл. 4).

За год наблюдения качество жизни у мужчин практически не изменилось по всем показателям ($p > 0,05$), и динамика качества жизни в общей группе пациентов с ОА произошла только за счёт женщин. Физическое функционирование (PF), ролевые ограничения вследствие физических проблем (RP), физические боли (BP), восприятие общего состояния здоровья (GH) и психическое здоровье (MH) у женщин улучшились ($p < 0,05$). Другими словами, женщины стали чувствовать себя лучше на фоне уменьшения физических болей. Несмотря на то, что качество жизни женщин улучшилось, к концу наблюдения женщины с ОА достигли показателей мужчин лишь по параметрам энергичности (E) и психического здоровья (MH).

**Динамика показателей качества жизни по SF-36 больных
остеоартрозом***

Показатели качества жизни	Начало наблюдения (n=189)	Через 6 месяцев (n=186)	Через 12 месяцев (n=181)	p**
PF	60,0 (35,0;80,0)	70,0 (41,3;85,0)	65,0 (40,0;80,0)	0,11
RP	56,3 (37,5;75,0)	68,8 (50,0;81,3)	62,5 (50,0;75,0)	<0,001
RE	58,3 (50,0;75,0)	66,7 (50,0;75,0)	66,7 (50,0;75,0)	0,06
BP	41,0 (22,0;51,0)	51,0 (41,0;72,0)	41,0 (32,0;62,0)	<0,001
E	45,0 (35,0;55,0)	50,0 (40,0;60,0)	50,0 (35,0;60,0)	0,04
GH	35,0 (25,0;45,0)	40,0 (25,0;54,3)	40,0 (25,0;57,8)	<0,001
SF	62,5 (50,0;75,0)	62,5 (50,0;75,0)	62,5 (37,5;75,0)	0,03
MH	48,0 (40,0;56,0)	48,0 (40,0;56,0)	52,0 (48,0;60,0)	<0,001

Примечание: * – см. примечание к табл. 2

** – статистическая значимость разницы на начало и конец наблюдения

Таким образом, нами выявлено низкое качество жизни у сельских больных ОА, по многим показателям значительно ниже, чем в общей популяции сельских жителей того же региона. В литературе имеются данные о более низких показателях качества жизни у городских больных ОА (Михайлова А.Е., 2005).

Качественные изменения проводимого лечения и его влияние на динамику клинических проявлений остеоартроза и качество жизни

На момент первого осмотра 43 (22,8%) чел. получали лечение по поводу болей в суставах. Из них 34 чел. принимали НПВП в любой форме, 9 чел. пользовались анальгетиками. Никто из больных ОА не принимал парацетамол, медленно-действующие симптоматические препараты (глюкозамина сульфат или хондроитина сульфат), не пользовался средствами ортопедической коррекции, не выполнял физические упражнения.

В течение первых 6 мес. наблюдения рекомендованное лечение выполнили, хотя бы частично, 93 чел. (50%), а полностью рекомендации выполнили только 5 чел. из 186 (2,7%) больных. В течение следующих 6 мес. наблюдения рекомендации выполнил, хотя бы частично, лишь 81 пациент (44,8%), из них полностью – 3 чел. из 181 (1,7%).

В течение всего времени наблюдения соотношение женщин и мужчин, выполнявших рекомендации врача, колебалось. В первые 6 мес. число женщин было выше: 78 (52,4%) против 15 (40,5%) мужчин (p<0,05). Вероятно, с этим связано улучшение качества жизни у женщин. Данное обстоятельство, возможно, и привело к уменьшению доли женщин,

соблюдавших рекомендации, в течение второго полугодия наблюдения (40,9% (61 чел.). Это оказалось меньше, чем доля мужчин, которая увеличилась до 62,5% (20 чел.) ($p < 0,05$). Средний возраст больных, выполнявших рекомендации, в течение всего времени наблюдения не отличался от возраста тех, кто рекомендации не выполнял ($63,55 \pm 11,75$ лет и $65,0 \pm 8,76$ лет соответственно, $p = 0,2$). Уменьшение числа приверженных лечению больных на фоне улучшения качества их жизни говорит о том, что пациенты не понимают или им плохо объясняют, что кроме приёма обезболивающих препаратов надо еще что-нибудь делать.

Качественный состав проводимого лечения существенно изменился в течение года наблюдения (табл. 5).

Таблица 5

**Структура лечения у больных остеоартрозом в течение года
наблюдения**

Препараты и методы, использованные в лечении	Число больных в начале наблюдения (n=189)	Число больных в конце наблюдения (n=181)	p
Лечение, рекомендованное врачом			
Парацетамол	0	0	-
НПВП (в любой форме)	34 (18,0%)	74 (41,4%)	<0,05
Анальгетики	9 (4,8%)	15 (8,3%)	>0,05
Глюкозамина сульфат и/или хондроитина сульфат	0	30 (16,6%)	<0,05
ГКС внутрисуставно и/или периартикулярно	0	18 (9,9%)	<0,05
ЛФК	0	19 (10,5%)	<0,05
Ортопедические средства: наколенник	0	5 (4,8%)	>0,05
трость	0	0	
Физиолечение	0	14 (7,7%)	<0,05
Лечение, использованное пациентами самостоятельно			
Витамины гр. В, РР	0	42 (23,2%)	<0,05
Биологически активные добавки	20 (10,6%)	39 (21,5%)	>0,05
Местное лечение (компрессы, втирания)	31 (16,4%)	91 (50,3%)	<0,05
Экстракт алоэ, АТФ, кокарбоксилаза	0	22 (12,2%)	<0,05

Доля пациентов с ОА, в любой форме принимавших НПВП, увеличилась с 18,0% до 41,4% ($p < 0,05$). Очевидно, это связано с тем, что больные с ОА узнали о возможности использования препаратов данной группы для лечения данного заболевания, так как до осмотра их ревматологом большинство пациентов (132 чел.) по поводу болей в суставах к врачам не обращалось. Вместе с тем, доля больных, использовавших для купирования болевого суставного синдрома анальгетики, практически не изменилась. Интересно, что парацетамол для купирования болевого суставного синдрома больные не использовали ни до, ни после консультации. В течение года наблюдения появились пациенты, которые стали выполнять физические упражнения (10,5%, $p < 0,05$) и принимать симптоматические средства медленного действия (глюкозамина сульфат и/или хондроитина сульфат) (16,6%, $p < 0,05$). Ряду больных ревматологом ЦРБ по нашей рекомендации впервые были проведены внутрисуставные или периартикулярные инъекции стероидов. 14 чел. впервые получили физиотерапию. Лишь 5 пациентов из 104 больных, которым было рекомендовано ношение наколенников, воспользовались данной рекомендацией.

Вместе с тем, кроме рекомендаций, данных врачом, больные проводили и другое лечение по поводу ОА. Так, увеличилась доля пациентов, самостоятельно получавших местное лечение, причём преимущественно различными настойками на основе растений и грибов ($p < 0,05$). Довольно большой группе пациентов стали проводиться внутримышечные инъекции витаминов группы В и РР, а также препаратов т.н. «метаболического действия», давно вышедших из всех рекомендаций по лечению ОА.

Поскольку больше половины пациентов, закончивших годовое наблюдение, наши рекомендации не выполняли (100 чел.), вероятно, именно они не позволили получить положительной динамики в общей группе. С нашей точки зрения, это свидетельствует о том, что пациенты принимали лечение только с симптоматической целью, для купирования болевого синдрома. Несмотря на улучшение в ряде показателей качества жизни, они так и не достигли популяционного уровня. Скорее всего, улучшение качества жизни обусловлено тем, что больше больных стало принимать НПВП, а также связано с волнообразным течением заболевания с периодами обострений и ремиссий.

ВЫВОДЫ

1. Боли в суставах в течение жизни беспокоили 32,8% неорганизованной сельской популяции Среднего Урала, боли в поясничном отделе позвоночника – 56,8%. Жалобы чаще регистрировались у женщин ($p < 0,0001$), их распространённость нарастала с возрастом ($p < 0,0001$).

2. Основной причиной суставных жалоб являлся ОА (31,5%). Помимо этого в 16,5% случаев выявлена патология околоуставных мягких тканей и стоп, в 7,9% – воспалительные заболевания суставов, в 23,5% – недифференцированный суставной синдром. У 15,3% больных суставные жалобы были обусловлены заболеваниями позвоночника, еще у 5,2% – патологией сосудов и периферической нервной системы.

3. Распространённость остеоартроза среди сельского населения составила 11,4% (у мужчин – 5,3%, у женщин – 16,0%). В клинической картине преобладала генерализованная форма заболевания (66,7%), частота которой нарастала с возрастом.

4. У сельских жителей, больных остеоартрозом, качество жизни по всем показателям шкалы SF-36 было хуже, чем в контрольной сельской популяции ($p < 0,05$). Кроме шкалы «физической боли» все остальные параметры шкал были существенно хуже у женщин с ОА ($p = 0,02$). Наибольший спектр физических и эмоциональных страданий и ограничений отмечен у больных ОА в возрасте от 40 до 60 лет.

5. До включения в исследование лечение по поводу ОА получали 22,8% больных. В динамике наблюдения их доля составила через 6 мес. 50,0%, через год – 44,8%. Основным средством лечения в течение всего наблюдения оставались НПВП, при этом количество принимавших их больных увеличилось с 18,0% до 41,4% ($p < 0,05$). Это сопровождалось улучшением качества жизни почти по всем показателям, включая боль, при отсутствии объективной динамики суставного синдрома.

6. Динамика клинической картины ОА и качества жизни пациентов отражала естественное течение заболевания с периодами обострений и ремиссий, а также то, что многие пациенты впервые стали принимать обезболивающую терапию. Современные способы оказания первичной медицинской помощи по вопросам ревматического здоровья пациентам в сельской местности неэффективны и требуют совершенствования.

ПРАКТИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ

1. Участковым врачам сельских амбулаторий и общих врачебных практик рекомендуется активно расспрашивать пациентов о наличии у них суставных жалоб, а в комплексное физикальное обследование обязательно включать исследование опорно-двигательного аппарата с целью раннего выявления суставной патологии, в том числе остеоартроза.

2. С целью повышения эффективности медицинской помощи больным остеоартрозом рекомендуется шире использовать современные стандарты ведения больных остеоартрозом в первичной сети.

3. В практику работы лечебных учреждений необходимо внедрять школы здоровья для больных остеоартрозом с целью повышения уровня знаний больных по вопросам лечения и профилактики заболевания и улучшения приверженности пациентов рекомендуемому лечению.

СПИСОК ОПУБЛИКОВАННЫХ РАБОТ

1. **Крохина Н.Н.** Распространённость суставного синдрома среди сельских жителей Урала / Н.Н. Крохина, О.М. Лесняк // Тез. I конгресса ревматологов России. – Науч.-практ. ревматология. – 2003. – №2 (прилож.). – С.218.

2. Эпидемиологическое исследование распространённости суставных жалоб и болей в позвоночнике среди сельских жителей Невьянского района Свердловской области / **Н.Н. Крохина**, А.Г. Солодовников, О.М. Лесняк и др. // Вестник ОКБ №1 Екатеринбурга. – 2004. – Вып. VI, №1. – С.10-12.

3. **Крохина Н.Н.** Распространённость суставного синдрома среди жителей сельского района Урала / Н.Н. Крохина, А.Г. Солодовников, О.М. Лесняк // Социальные аспекты ревматических заболеваний: тез. конф. – Науч.-практ. ревматология. – 2004. – №2. – С.80.

4. Исследование распространённости остеоартрита среди жителей сельского района Свердловской области / **Н.Н. Крохина**, А.Г. Солодовников, О.М. Лесняк и др. // Общая врачебная практика. – 2005. – №1. – С.13-17.

5. Частота болей в суставах у городских и сельских жителей России (предварительные результаты) / Ш. Эрдес, Е.В. Галушко, **Н.Н. Крохина** и др. // Тер. архив. – 2005. – №5. – С.65-69.

6. Алфёрова О.Е. Сравнительное исследование распространённости суставного синдрома среди городского и сельского населения Свердловской области / О.Е. Алфёрова, **Н.Н. Крохина**, О.М. Лесняк // Социальные аспекты ревматических заболеваний: тез. II всерос. конф. – Науч.-практ. ревматология. – 2006. – №2. – С.74.

7. Сравнительное исследование распространённости суставного синдрома среди городского и сельского населения Свердловской области / О.Е. Алфёрова, **Н.Н. Крохина**, О.М. Лесняк и др. // Совершенствование медицинской помощи населению Свердловской области: сб. науч. статей. – Екатеринбург, 2006. – С.141-143.

8. Распространённость остеоартрита среди сельского населения Свердловской области / **Н.Н. Крохина**, А.Г. Солодовников, О.Ф. Рябицева и др. // Совершенствование медицинской помощи населению Свердловской области: сб. науч. статей. – Екатеринбург, 2006. – С.144.

9. Сравнительное эпидемиологическое исследование суставного синдрома и остеоартрита среди городского и сельского населения Урала /

О.М. Лесняк, **Н.Н. Крохина**, О.Е. Алферова, и др. // Науч.-практ. ревматология. – 2008. – № 6. – С.27-33.

10. **Крохина Н.Н.** Эпидемиология остеоартроза в Свердловской области / Н.Н. Крохина, О.Е. Алфёрова, О.М. Лесняк // Болезни цивилизации и качество жизни: тез. семинара. – Екатеринбург, 2008. – С.7.

11. Качество жизни больных остеоартрозом и его динамика в течение года наблюдения по данным эпидемиологического исследования в сельской популяции / **Н.Н. Крохина**, А.Г. Солодовников, А.Г. Закроева и др. // Уральский медицинский журнал. – 2009. – №2 – С. 12-18.

Крохина Наталья Николаевна

ОСТЕОАРТРОЗ В ПРАКТИКЕ УЧАСТКОВОГО ВРАЧА

В СЕЛЬСКОЙ МЕСТНОСТИ:

КЛИНИКО-ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ

АВТОРЕФЕРАТ

диссертации на соискание ученой степени

кандидата медицинских наук