

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ В г. ЯКУТСКЕ

А.Е. Михайлова¹, В.Г. Кривошапкин¹, Р.Н. Протопопова¹, Ш.Ф. Эрдес²

¹Институт здоровья Академии наук Республики Саха (Якутия),

²ГУ Институт ревматологии РАМН (Москва)

Резюме

Цель. Оценить качество жизни (КЖ) больных остеоартрозом (ОА) жителей г. Якутска.

Материал и методы. 100 амбулаторных больных ОА (50 с гонартрозом и 50 с артрозом суставов кистей). Для оценки КЖ использовали общий опросник SF-36 и сравнивали показатели КЖ больных с популяционной группой (500 жителей города, сравнимых по полу и возрасту).

Результаты. Состояние ролевого физического функционирования у больных оказалось снижено по сравнению с контрольной группой в 2 раза. Выявлена достоверная прямая корреляция между показателями физической активности и возрастом больных. Имелись существенные различия в результатах оценки КЖ больных ОА в зависимости от пола.

Заключение. ОА оказывает отрицательное влияние на физическое, психологическое и социальное функционирование человека.

Ключевые слова: качество жизни, остеоартроз, SF-36

Введение

Остеоартроз (ОА) – наиболее распространенное хроническое заболевание суставов, поражающее по различным данным от 4,5% до 52% взрослого населения. ОА лидирует в структуре всех ревматических заболеваний (РЗ) (до 80% – 90%), считающихся на сегодняшний день одними из самых дорогостоящих в мире [1, 2].

В Российской Федерации распространенность ОА среди городских жителей колеблется от 6,43 % до 12 %, среди сельских – от 22,6 % до 43 % [1, 3].

Установлено, что ОА снижает качество жизни (КЖ) больных в большей степени, чем желудочно-кишечные, респираторные и сердечно-сосудистые заболевания. Наряду с ИБС, алкоголизмом, диабетом и депрессией, ОА входит в число пяти патологических состояний, обуславливающих наиболее продолжительное нарушение здоровья [4].

КЖ человека – это индивидуальное осознание своего положения в жизни общества в контексте культуры, систем ценностей этого общества и целей данного индивидуума, его планов, возможностей, степени общего социального неустойства [5]. Согласно другим определениям, КЖ – "субъективный показатель удовлетворения человеческих потребностей", степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках общества [6].

По мнению экспертов ВОЗ [7] изучение КЖ особенно необходимо при хронических заболеваниях, требующих длительного лечения. Именно в этих ситуациях важно, чтобы пациент оценивал изменения в своем физическом, психологическом и социальном статусе. Е. Сагг отмечает, что больные с ОА сообщали о недостатках в 6-и областях своей жизни: функциональной и социальной активности, общении, социально-экономическом статусе, эмоциональном состоянии и состоянии костно-мышечной системы. Он считает, что для адекватной оценки воздействия ОА на психо-социальное состояние пациентов необходимо использовать, помимо специфических для заболевания опросников, также и генерические (общие) опросники, позволяющие расширить возможности измерения недееспособности человека [8].

В настоящее время существует несколько сот методик оценки КЖ [9, 10, 11, 12] при разных патологических состояниях, основными инструментами которых являются стандартизованные

опросники. Все они могут быть разделены на общие и специфические. Следует отметить, что специфические опросники быстрее и точнее реагируют на динамику состояния больных, чем общие. В то же время общие опросники позволяют получить более полную информацию о болезни и сравнивать между собой отдельных больных или групп больных с разными патологическими состояниями.

Для оценки КЖ больных ОА используются как общие, так и специфические опросники. Наиболее часто используемым общим опросником являются: SF – 36 (Short Form Medical Outcomes Study) [12].

Специфические опросники применяются при изучении определенной группы болезней или конкретной нозологической формы [13, 14]. Для этих целей при ОА в последнее время в основном применяют функциональный индекс WOMAC (Western Ontario and McMaster Universities).

До настоящего времени КЖ больных ОА остается недостаточно изученным. Клиницисты в большинстве случаев обращают внимание, только на суставной синдром, практически не оценивая его воздействие на психологическую сферу и влияние на социальное функционирование пациента.

Целью нашей работы явилось изучение КЖ у больных ОА жителей г. Якутска.

Материал и методы

В исследование были включены 100 больных ОА, активно обратившихся за медицинской помощью в Муниципальную поликлинику № 2 г. Якутска с 2002 по 2003гг.

Больные отбирались в две группы последовательно по мере обращения в поликлинику. I группа – 50 пациентов с ОА суставов кистей, II – 50 больных гонартрозом. Если у пациента имелось сочетание обеих форм ОА, то он попадал в группу, которая соответствовала наибольшему поражению тех или иных суставов.

Критериями включения в исследование являлись:

1. наличие у больного одной из двух форм ОА, подтвержденных соответствующими диагностическими критериями;
2. отсутствие клинически значимых сопутствующих заболеваний;
3. согласие пациента на участие в исследовании.

В исследование не включались больные с IV рентгенологической стадией ОА (по Kellgren-Lawrence) и больные гонартрозом с функциональным индексом Лекена (ФИЛ) больше 14 баллов.

Основные демографические параметры больных представлены в табл.1, из которой следует, что по полу, возрасту и длительности заболевания группы между собой практически не различались. Якутов среди больных было 49, русских - 51 чел.

Контрольную группу составили 500 жителей г. Якутска, сопоставимых по возрасту и полу с включенными в исследование больными ОА.

Исследование выполнено с помощью русской версии опросника SF - 36, которую и больные, и лица контрольной группы заполняли самостоятельно.

О цели и задачах исследования пациенты и контрольная группа были информированы в устной форме на приеме у врача.

Статистическая обработка результатов проведена с применением пакета прикладных программ Statistica for Windows ver. 6.0.

Таблица 1

ОСНОВНЫЕ ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ПАРАМЕТРЫ БОЛЬНЫХ

Показатели	Группы	
	Артроз суставов кистей, n=50	Гонартроз n=50
Жен., %	80	86
Муж., %	20	14
Средний возраст, годы	54,2 ± 9,1	55,2 ± 7,5
Возраст начала болезни, годы	42,4 ± 6,4	42,5 ± 5,6
Длительность заболевания, годы	11,9 ± 6,2	12,7 ± 4,8

Результаты

На рис. представлены результаты сравнения КЖ 100 больных ОА и 500 жителей г. Якутска (популяционный контроль), из которой видно, что изученные пациенты с поражением опорно-двигательного аппарата по всем шкалам опросника имели более низкие показатели. Особенно у них страдала физическая активность (PF), вызывающая проблемы на работе и при выполнении ежедневных обязанностей. По-видимому, с этим обстоятельством, а также с выраженным болевым синдромом (BP) связано и резкое уменьшение ролевого физического функционирования (RP) - более чем в 2 раза, что указывает на наличие выраженных социальных проблем, как служебных, так и бытовых. Кроме того, у больных ОА были заметно снижены и их социальные связи (SF) и эмоциональное состояние (RE), что мешало выполнению привычной работы или другой обычной повседневной деятельности.

В табл. 2 приведен сравнительный анализ шкал SF-36 между больными мужчинами и женщинами, вне зависимости от клинической формы ОА, показывающий, что по большинству шкал опросника субъективное состояние у женщин было достоверно хуже, чем у мужчин, кроме выраженности болевых ощущений (BP), которая у мужчин оказалась значительно выше. Это заставляет предположить, что женщины психологически намного тяжелее переносят заболевание, которое уменьшает возможности их физической активности, в особенности по самообслуживанию. В свою очередь, у мужчин, которые сильнее чувствуют боль, меньше выражены физические и психологические страдания, обусловленные болью.

При сравнении КЖ больных двумя формами ОА оказалось, что самооценка возможностей физического функционирования (PF) достоверно хуже у больных гонартрозом, у них же сильнее выражены болевые ощущения (BP) и ниже субъективная оценка общего состояния здоровья (GH). Кроме того, у больных гонартрозом имеются большие сложности и в обычном повседневном социальном функционировании из-за физических проблем (SF) и в психологическом здоровье (MH), чем у больных с поражением суставов кистей.

Табл. 3 демонстрирует зависимость КЖ от возраста пациентов и длительности заболевания, свидетельствуя о том, что по-

Рисунок

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПО ОПРОСНИКУ SF-36 У БОЛЬНЫХ ОА И В ПОПУЛЯЦИИ



Сокращения: PF (Physical Functioning) - физическое функционирование, RP (Role Physical) - ролевое физическое функционирование, BP (Bodily Pain) - телесная боль, GH (General Health) - общее состояние здоровья, VT (Vitality) - жизнеспособность, SF (Social Functioning) - социальное функционирование, RE (Role Emotional) - ролевое эмоциональное функционирование, MH (Mental Health) - психологическое здоровье, PCS (Physical Component Summary) - обобщенное физическое здоровье, MCS (Mental Component Summary) - обобщенное психологическое здоровье

Таблица 2

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ОА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ПОЛА

Шкалы SF-36	Муж. n=17	Жен. n=83	p
PF	50,6	40,6	0,09
RP	33,8	21,1	0,015
BP	38,8	32,9	0,03
GH	53,0	38,4	0,002
VT	49,4	39,2	0,01
SF	51,5	41,8	0,04
RE	35,3	26,5	0,25
MH	63,5	56,8	0,04
PCS	39,5	34,9	0,007
MCS	49,9	46,3	0,07

Сокращения - см. рисунок

следнее (длительность) негативно коррелирует с физической активностью больных, т.е. чем длительнее существует ОА, тем ниже возможности функциональной активности больного. Однако, насколько эта зависимость связана именно с прогрессированием болезни, ответить трудно, т.к. между возрастом пациента и длительностью болезни имеется очень выраженная прямая корреляционная зависимость ($r=0,73$). В то же время, если эти связи рассматривать в зависимости от локализации поражения, можно отметить, что они сильнее проявляются при поражении коленных суставов, чем при поражении суставов кистей.

При анализе показателей КЖ в зависимости от национальной принадлежности (якутской и русской) больных ОА заметных различий не обнаружено: изменения уровней шкал в обеих этнических группах вне зависимости от преимущественной локализации ОА были практически одинаковыми.

Обсуждение

Проблема ОА является одной из ведущих в современной ревматологии. Ее актуальность определяется высокой частотой встречаемости этого заболевания в популяции, ведущим к зна-

Таблица 3

ЗАВИСИМОСТЬ КЖ ОТ ДЛИТЕЛЬНОСТИ БОЛЕЗНИ

	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	PCS	MCS
A	-0,21	-0,13	-0,01	-0,06	-0,04	-0,06	-0,06	0,06	-0,20	0,05
B	-0,25	-0,10	-0,15	-0,09	-0,03	-0,09	-0,06	0,08	-0,26	0,07

Сокращение: А - возраст, В - длительность болезни.

чительным трудовым потерям и прогрессирующему ухудшению КЖ больного человека.

По результатам нашего исследования, проведенного среди жителей г. Якутска, установлено снижение всех показателей КЖ больных ОА по сравнению с контрольной группой. Особенно отличалась в худшую сторону характеристика физического состояния, которая у больных ОА резко ограничивала выполнение различных видов повседневной деятельности. Представленные данные согласуются с результатами других исследователей, показавших, что ухудшение КЖ прежде всего обусловлено болью и нарушением физической активности, и это отрицательно влияет на субъективное состояние больного, приводя к возникновению проблем в различных сферах человеческой жизнедеятельности [15, 16].

Нами получены данные о влиянии пола на самооценку КЖ при ОА. Так, вне зависимости от клинической формы было выявлено, что у женщин намного хуже общее состояние здоровья, их больше волнует наступающее вследствие заболевания снижение физической активности и, в целом, они психологически тяжелее переносят заболевание, хотя у мужчин болевые ощущения и снижение физической активности не меньше, чем у женщин. Эти данные подтверждают сложный генез нарушения общего состояния здоровья при ОА, требующий системного подхода к лечению больного.

В литературе имеются данные по более выраженному влия-

нию на образ жизни женщин с ОА развивающихся вследствие заболевания снижения физической активности и эмоциональных нарушений [17]. Эти данные подтверждаются и результатами наших исследований, в которых было продемонстрировано, что эмоциональные переживания у женщин сильнее выражены, чем у мужчин.

Но с другой стороны, оценка болевого синдрома оказалась более высокой у мужчин, чем у женщин. Таким образом, можно предположить, что психо-эмоциональная реакция мужчин на "артрозный" процесс имеет свои особенности, хотя мы не можем сравнить эти данные с другими исследованиями вследствие их отсутствия.

Интересно, что реакция на болезнь у якутов и у русских была практически однотипной, т.е. такой демографический фактор, как национальность, не оказывал влияния на КЖ больных ОА.

Таким образом, постепенно нарастающие при ОА болевой синдром и ограничение физической активности негативно воздействуют на все составляющие КЖ больных. При этом установлено, что женщины в психологическом плане намного тяжелее переносят свое заболевание, чем мужчины.

Полученные данные свидетельствуют о практической ценности изучения КЖ у больных ОА для правильной и своевременной оценки и предотвращения усугубляющихся нарушений не только в физическом, но и психологическом статусе.

ЛИТЕРАТУРА

- Беневоленская Л.И., Бржезовский М.М. Эпидемиология ревматических болезней. М., Медицина, 1988, 235с.
- Яковлева А.А. Артрозы и остеохондропатии. Рук. по детской артрологии. Под ред. Студеникина М.Я., Яковлевой А.А., Л., 1987, 218-240.
- Цветкова Е.С. Остеоартроз (метод. рекоменд.) 1997, 3-21.
- Цитландадзе В.Г., Картвелишвили Е.Ю. Шакулашвили Н.А. и соавт. Распространенность и некоторые факторы риска воспалительных заболеваний суставов и позвоночника среди взрослого населения Грузинской ССР. Тез. докл. Международного симпозиума "Факторы риска при ревматических болезнях", Пицунда, 1986, 77.
- Whelton A., Watson J. Non-steroidal anti-inflammatory drugs: effect on kidney function. In: De Broe M. E. Et al., eds. Clinical nephrotoxins: renal injury from drugs. Dordrecht: Kluwer Academic Publishers, 1997, 209 - 222.
- Сенкевич Н.Ю., Белевский А.С. Качество жизни - предмет научных исследований в пульмонологии (По матер. Международного конгресса ИНТЕРАСТ-МА'98 и 8-го Нац. Конгр. по болезням органов дыхания). Тер. архив, 2000, 36-41.
- Качество жизни (Ред. обзор). Всемирный форум здравоохран., 1991, 2, 106 с.
- Coons S.J., Rao S., Keininger D.L., Hays R.D. Comparative review of generic quality of life instruments. Pharmacoeconomics, 2000, 17, 1, 13-35.
- Elders M. J. The increaskng impact of arthritis on public health. J. Rheumatol. 2000, suppl, 606-608.
- Irvine E.J. Quality of life - measurement in bowel of illness. J. Scand. Gastroenterol, 1993, 199, 36-39.
- Katsching H. How useful is the concept of quality of life in psychiatry? Curr. Opin. Psychiat, 1997, 10, 337 - 345.
- Testa M.A., Nackley J.F. Methods for quality of life studies Ann. Rev. Public. Health, 1994, 8, 535-559.
- Новик А.А., Ионова Т.И., Цыган Е.Н. Методология изучения качества жизни пациентов с остеопорозом. Тез. докл. III Съезда ревматологов России. Рязань, 2001, 80.
- Эрдес Ш., Эрдес К.Ш. Вопросник SF - 36 и использование его при ревматоидном артрите. Научно-практич. ревматол., 2003, 2, 47-52.
- Насонова В.А., Фоломеева О.М. Медико - социальное значение XIII класса болезней для населения России. Научно-практич. ревматол., 2001, 1, 7-11.
- Насонова В.А., Фоломеева О.М., Амирджанова В.Н. и др. Ревматические заболевания в свете международной статистики. Тер. архив, 1998, 5-8.
- Beck A.T., Emery G. Anxiety disorders and phobias. A Cognitive perspective. New York, 1985, 63 - 72.

Поступила 9.10.04

Abstract

A.E. Mihailova, V.G. Krivoschapkin, R.N. Protopopova, Sh.F. Erdes

Quality of life of patients with osteoarthritis

Objective. To assess quality of life (QL) of pts with osteoarthritis (OA) in the city of Yakutsk.

Material and methods . 100 outpts with OA (50 with knee and 50 - with hand OA) were included. QL was assessed with SF-36 in comparison with a population group (500 residents of comparable age and sex).

Results. Role physical functioning state in pts was 2 times decreased in comparison with control group. Significant direct correlation between physical activity indices and age of pts was revealed. Significant sex differences of QL assessment results were shown.

Conclusion. OA exerts negative influence on human physical, psychological and social functioning.

Key words: *quality of life, osteoarthritis, SF-36*