

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С РАННЕЙ СТАДИЕЙ ОСТЕОАРТРОЗА КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКА SF-36

М.С. Светлова, Н.Н. Везикова

Петрозаводский государственный университет, кафедра госпитальной терапии

Резюме

Цель. Изучить показатели качества жизни (КЖ) больных с ранней стадией остеоартроза коленных суставов (РОАКС) с использованием опросника SF-36.

Материал и методы. Обследовано 102 амбулаторных пациента с РОАКС. Средний возраст больных $48,3 \pm 12,7$ лет, средняя продолжительность ОА — $10,5 \pm 7,9$ мес. У 33,3 % больных имелась 0, у 46,2 % — I и 20,5 % — II стадия гонартроза. По результатам артросонографии были выделены две группы больных: I группа — без синовита, II — с синовитом коленных суставов. В качестве контроля выступили 50 здоровых добровольцев. Для оценки КЖ использовали опросник SF-36.

Результаты. Все показатели КЖ были ниже у больных РОАКС по сравнению с группой контроля. Достоверно отличались физическое, ролевое физическое функционирование (ФФ, РФФ), социальное и ролевое эмоциональное функционирование (СФ, РЭФ) ($p < 0,05$). Больные II группы имели достоверно более низкие показатели РФФ и РЭФ по сравнению с пациентами I группы ($p < 0,05$).

Заключение. КЖ больных гонартрозом ухудшается на ранних стадиях процесса, что требует назначения адекватной терапии в наиболее ранние сроки с момента постановки диагноза РОАКС.

Ключевые слова: ранний гонартроз, качество жизни, опросник SF-36

Болезни костно — мышечной системы, объединенные в XIII классе МКБ, рассматриваются во всем мире как одна из наиболее распространенных патологий современного общества. Среди них остеоартроз (ОА) — самое частое заболевание суставов. Распространенность ОА в популяции коррелирует с возрастом и достигает максимальных показателей у лиц старше 45 лет [9]. Данная патология суставов стоит в ряду наиболее значимых медицинских проблем, характеризуясь выраженным влиянием на экономику общества, здоровье и качество жизни (КЖ) отдельных индивидуумов и их семей. Среди всех локализаций ОА наиболее распространен гонартроз. Основным симптомом гонартроза является боль в суставе при нагрузке, которая появляется уже на ранних стадиях, усиливается по мере прогрессирования заболевания; постепенно возникают и нарастают ограничение функции пораженного сустава, что приводит к нарушению различных видов жизнедеятельности человека [3].

Конец XX века ознаменовался важным событием в медицине — возрождением, но в современной интерпретации, подхода к оценке больного, а не болезни, в виде концепции исследования КЖ [1, 14]. Данная методика позволяет получить инфор-

мацию о состоянии физического, эмоционального и психологического функционирования больного. Таким образом, КЖ можно определить как «степень комфортности человека внутри себя и в рамках общества» [6, 8].

Для оценки КЖ больных ОА используются как общие, так и специальные опросники [7, 8].

Целью проведенного исследования было изучение показателей КЖ у больных с ранними стадиями ОА коленных суставов (РОАКС) с использованием общего опросника SF-36 (Short Form Medical outcomes Study) [10, 11].

Материал и методы

Обследовано 102 амбулаторных пациента с первичным ОА коленных суставов (82 жен. и 20 муж.), удовлетворяющих критериям гонартроза Американской коллегии ревматологов [12], а также критериям, разработанным Институтом ревматологии РАМН [2]. Средний возраст больных — $48,3 \pm 12,7$ лет, средняя продолжительность заболевания — $10,5 \pm 7,9$ мес. 92 % из числа вошедших в исследование пациентов впервые обратились к врачу по поводу болей в коленных суставах. Двусторонний РОАКС имели 61,5 % обследованных. При первичном осмотре оценивалась выраженность болевого синдрома (боль по ВАШ в мм, в покое и при ходьбе); у всех пациентов определялись суммарный функциональный индекс Лекена (СИЛ) в баллах,

рентгенологическая стадия гонартроза по классификации Келлгрена, выполнялось артросонографическое исследование (АСГ) коленных суставов для оценки степени выраженности в них воспалительных изменений [4,5]. По результатам обследования было выделено две группы больных: I группа (47 чел.) – больные РОАКС без синовита, II группа (55 чел.) – с синовитом различной степени выраженности. Характеристика больных представлена в табл 1.

Таблица 1

ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ РОАКС

Признаки	Больные РОАКС (n =102)
Средний возраст, годы	48,3 ± 12,7
Пол ж/м	82/20
Средняя продолжительность заболевания, мес	10,5 ± 7,9
Рентгенологическая стадия, абс./%	
0	34/33,3
I	47/46,2
II	21/20,5
Двусторонняя локализация ОА, абс./%	63/61,5
Наличие синовита, абс./%	55/53,8
Боль по ВАШ, мм покой	45,3 ± 11,6
ходьба	65,2 ± 12,5
Суммарный функциональный индекс Лекена, баллы	13,7 ± 5,1

Группу сравнения составили 50 здоровых жителей г. Петрозаводска, сопоставимые по возрасту и полу (39 жен. и 11 муж. со средним возрастом 47,4 ± 10,4 лет).

Для оценки КЖ использовали общий опросник SF-36, который содержит 36 вопросов, 8 шкал. Опрос больных проводился при непосредственном контакте, без посторонней помощи ими заполнялась анкета с вопросами. Ответы на вопросы с помощью специальных алгоритмов выражались в баллах от 0 до 100 (более высокому уровню КЖ соответствовал более высокий балл шкалы опросника).

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью IBM – совместимого компьютера с использованием статистических программ Microsoft Excel, Statistica 5.0. Определялись средние величины, стандартное отклонение [$M \pm SD$], достоверность различий с использованием критерия Стьюдента, U – критерия Манна – Уитни.

Результаты и обсуждение

Анализ полученных результатов выявил, что показатели всех шкал опросника SF-36 имели более низкие значения у больных с РОАКС в сравнении с группой контроля (табл 2).

Среди показателей, характеризующих физическое здоровье, достоверно сниженными оказались

физическое функционирование (ФФ), ролевое физическое функционирование (РФФ) и интенсивность боли (Б) на 34 %, 38 % и 39 % соответственно. Оценка общего здоровья (ОЗ) больными ранним гонартрозом была на 14 % ниже в сравнении со здоровыми лицами. Показатели психологического здоровья больных РОАКС также отличались от контроля. Наиболее сниженными оказались социальное функционирование (СФ) и ролевое эмоциональное функционирование (РЭФ): на 42 % и 38 % соответственно по сравнению с группой контроля. Оценка психического здоровья не имела достоверных различий в группах больных РОАКС и здоровых лиц.

Анализ показателей шкал SF – 36 в I и II группах выявил более низкие значения РФФ и РЭФ у больных РОАКС, протекающим с синовитом; различия оказались статистически значимыми: РФФ и РЭФ II группы были ниже на 38 % и 41 % соответственно в сравнении с аналогичными показателями I группы (табл 2).

Нами не было выявлено достоверных различий в значениях показателей шкал SF – 36 в зависимости от стадии гонартроза.

В проведенных ранее исследованиях КЖ с использованием опросника SF-36 было показано значительное снижение всех показателей КЖ у больных ОА коленных суставов в сравнении с популяционным контролем. Необходимо отметить, что имеющиеся в литературе данные оценки КЖ больных гонартрозом получены на основании обследования пациентов с различными, в том числе и поздними, клиническими и рентгенологическими проявлениями ОА коленных суставов [10,11,14]. Полученные нами результаты демонстрируют более низкую оценку своего здоровья больными с ранней рентгенологической и даже дорентгенологической стадиями процесса в сравнении со здоровыми лицами. Уже в дебюте гонартроза состояние здоровья ограничивает больного в выполнении многих видов физической деятельности, вызывает проблемы на работе и при выполнении ежедневных обязанностей. Физические и эмоциональные расстройства нарушают нормальное социальное функционирование, снижают уровень социальной активности пациента. Необходимо отметить, что в дебюте гонартроза, по – видимому вследствие относительной кратковременности ощущения «состояния нездоровья», сохраняется оптимистичный взгляд больного на оценку состояния своего здоровья в целом.

Известно, что синовит в значительной степени утяжеляет симптомы гонартроза, являясь причиной постоянной, в том числе ночной боли, ощущения скованности, резкого ограничения функциональной активности сустава [4,13]. В нашем исследовании больные с синовитом коленного сустава имели гораздо более выраженные ограничения в физическом и эмоциональном функционировании в

Таблица 2

ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПО SF-36 У БОЛЬНЫХ РОАКС И ЗДОРОВЫХ ЛИЦ

N	Показатели КЖ, мм	Все больные РОАКС (n = 102)	I группа (n = 47)	II группа (n = 55)	Здоровые (n = 50)
1	Физическое функционирование (ФФ)	52,5 ± 26,9	58,2 ± 27,1	46,8 ± 26,6	79,5 ± 18,5*
2	Роль физическое функционирование (РФФ)	44,2 ± 43,1	54,5 ± 45,9	33,8 ± 40,4*	71,6 ± 21,4*
3	Интенсивность боли (Б)	49,1 ± 18,0	42,0 ± 17,6	56,1 ± 18,3	80,5 ± 15,6*
4	Общее здоровье (ОЗ)	59,7 ± 6,7	61,8 ± 7,2	57,6 ± 6,2	69,7 ± 5,4
5	Жизнеспособность (Ж)	56,2 ± 11,8	50,9 ± 15,1	61,5 ± 8,4	81,4 ± 6,7*
6	Социальное функционирование (СФ)	44,0 ± 8,9	45,5 ± 10,1	42,6 ± 7,7	75,9 ± 6,8*
7	Роль эмоциональное функционирование (РЭФ)	57,7 ± 36,4	72,5 ± 36,1	42,9 ± 36,8*	83,6 ± 21,4*
8	Психическое здоровье (ПЗ)	64,6 ± 8,2	64,7 ± 9,3	64,5 ± 7,2	78,9 ± 4,5

Примечание: * – различия достоверны между всей группой больных РОАКС и здоровыми, а также между I и II группами (p < 0,05).

сравнении с группой больных, у которых гонартроз протекал без явлений синовита (табл 2).

Таким образом, необходимо отметить, что больные РОАКС имеют более низкие показатели КЖ в сравнении со здоровым контролем. Боль, ограничение функции коленных суставов оказывают отрицательное влияние на физическое, психическое, эмоциональное функционирование больного,

особенно в тех ситуациях, когда гонартроз протекает с синовитом. Из вышеизложенного следует, что назначенная в наиболее ранние сроки терапия РОАКС должна быть направлена на уменьшение болевого синдрома, выраженности воспалительного процесса в суставах, улучшение их функции, предупреждение прогрессирования ОА, а значит – улучшение КЖ пациента.

ЛИТЕРАТУРА

- Амударжанова В.Н., Койлубаева Г.М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. Научно – практич. ревматол., 2003, 2, 72- 76.
- Беневоленская Л.И. Диагностические критерии ОА. В кн. Современные проблемы ревматологии. Тез. докл. I съезда ревматол. России. Оренбург, 1993, 191 – 192.
- Большакова Е.В., Ильичева А.С., Коршунов Н.И. Информационная работа с больными ревматоидным артритом и остеоартрозом. Тез. докл. III съезда ревматол. России. Рязань. Научно – практич. ревматол., 2001, 3, 17.
- Букина И.Е., Мач Э.С., Пушкова О.В. Возможности артросонографии для диагностики субклинического синовита у больных гонартрозом на ранних стадиях (предварительные данные). Научно – практич. ревматол., 2002, 2, 10 – 13.
- Мач Э. С., Пушкова О.В., Шастина В.Р. Возможности артросонографии в ревматологии. Клин. ревматол., 1993, 2, 14 – 19.
- Новик А.А., Матвеев Р.А., Ионова Т.И. Оценка качества жизни больного в медицине. Клин. мед., 2000, 78, 2, 10 – 13.
- Онущенко И.А., Петрова Н.Н., Васильев В.В. и др. Качество жизни больных остеоартрозом. Матер. юбил. конфер., посвящ. 15 – летию НИИ клинич. и эксперимент. ревматол. РАМН. Сб. Волгоград, 2000, 105 -106.
- Сизова Л.В. Оценка качества жизни в современной медицине. Научно – практич. ревматол., 2003, 2, 38 – 46.
- Цветкова Е.С. Остеоартроз. В кн. под ред. Насоновой В.А., Бунчука Н.В. Ревматические болезни. М., Медицина, 1997, 335 – 348.
- Цапина Т.Н., Эрдес Ш.Ф., Слизкова К.Ш. Качество жизни больных остеоартрозом. Научно – практич. ревматология, 2004, 2, 20 – 22.
- Эрдес Ш.Ф., Эрдес К.Ш. Вопросник SF-36 и использование его при ревматоидном артрите. Научно – практич. ревматол., 2003, 2, 47 – 52.
- Altman R.D. Criteria for classification of clinical OA. J. Rheum., 1991, 18, suppl 27, 10 – 12.
- Mazieres B., Jarnero P., Jueguen A. et al . Molecular markers of cartilage breakdown and sinovitis at baseline as predictors of structural progression of hip osteoarthritis. Ann. Rheum. Dis., 2006, 65 (3), 354 – 359.
- Quality of life assessment in clinical trials. Ed M. J. Staquet, Oxford University Press, Oxford, New York, Tokyo, 1998, 360.

Поступила 13.04.07

Abstract

M.S. Svetlova, N.N. Vesikova

Assessment of quality of life in patients with early knee osteoarthritis using SF-36

Objective. To study quality of life (QL) measures in pts with early knee osteoarthritis (OA) with SF-36.

Material and methods. 102 outpatient pts with early knee OA were included. Mean age was $48,3 \pm 12,7$ years, mean OA duration – $10,5 \pm 7,9$ months. 33,3% of pts had 0, 42,6% – I, 20,5% – II stage of knee OA. According to sonographic examination of knee joints the patients were divided into two groups: group I without synovitis and group II – with synovitis of the knee joints. 50 healthy volunteers were included in control group. QL was assessed with SF-36.

Results. All QL measures in early knee OA pts were lower than in control. There was significant difference of physical functioning, role physical functioning (RPF), social functioning (SF) and role emotional functioning (REF) ($p < 0,05$). Pts of group II had significantly lower RPF and REF than group I pts ($p < 0,05$).

Conclusion. QL of pts with knee OA decrease at early stage of the disease what requires administration of proper therapy as soon as possible after verification of the diagnosis.

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