

# Остеоартроз суставов кистей: к вопросу о качестве жизни и эстетическом дискомфорте

А.В. Сарапулова<sup>1</sup>, О.В. Теплякова<sup>1</sup>, О.Б. Балуева<sup>2</sup>

<sup>1</sup>ГБОУ ВПО «Уральская государственная медицинская академия» Минздрава России; <sup>2</sup>МО «Новая больница», Екатеринбург

<sup>1</sup>Ural State Medical Academy, Ministry of Health of Russia;  
<sup>2</sup>Novaya Bolnitsa (New Hospital), Yekaterinburg

**Контакты:** Анастасия Викторовна Сарапулова  
anastasya\_pap@inbox.ru

**Contact:** Anastasia Viktorovna Sarapulova  
anastasya\_pap@inbox.ru

Поступила 22.08.13

Остеоартроз (ОА) — одна из наиболее частых причин болей в кистях, приводящая к снижению качества жизни (КЖ). Помимо боли и нарушения функции важное значение имеет развитие у пациентов эстетической неудовлетворенности, которая в настоящее время никак не определяется и не измеряется.

**Цель** — оценить ряд аспектов КЖ и измерить уровень эстетического дискомфорта у пациентов с ОА суставов кистей.

**Материал и методы.** Включено 60 женщин 45–75 лет с ОА суставов кистей. Определялось число болезненных и деформированных суставов, оценивались функциональные нарушения с помощью опросника AUSCAN. Больные заполняли анкету для определения уровня их неудовлетворенности внешним видом кистей; выполнялся стресс-тест Эллиса, выявляющий наличие у пациенток иррациональных установок.

**Результаты.** У пациенток с ОА кистей выявлен значительный уровень эстетического дискомфорта, сопоставимый с уровнем боли в суставах. Наиболее выраженными были боязнь деформации в будущем и внешнее неудобство из-за деформации кистей; наименее выраженным — желание хирургической коррекции. При сравнении результатов, полученных в разных возрастных группах, самые высокие показатели беспокойства и желания хирургической коррекции определялись у более молодых женщин. Также на эстетическую неудовлетворенность пациенток влияли наличие работы и пользование интернетом.

**Заключение.** Эстетический дискомфорт — значимая составляющая сниженного КЖ у пациенток с ОА кистей. Необходимы дальнейшее изучение этого фактора и разработка критериев его оценки.

**Ключевые слова:** остеоартроз суставов кистей, качество жизни, эстетический дискомфорт.

**Для ссылки:** Сарапулова АВ, Теплякова ОВ, Балуева ОБ. Остеоартроз суставов кистей: к вопросу о качестве жизни и эстетическом дискомфорте. Научно-практическая ревматология. 2013;51(5):526–31.

## HAND OSTEOARTHRISIS: ON THE QUALITY OF LIFE AND AESTHETIC DISCOMFORT

A.V. Sarapulova<sup>1</sup>, O.V. Teplyakova<sup>1</sup>, O.B. Balueva<sup>2</sup>

Osteoarthritis (OA) is one of the most common causes of hand pains, leading to lower quality of life (QL). In addition to pain and functional impairment, the patients' aesthetic dissatisfaction that cannot be now determined or measured is of prime importance

**Objective:** to assess a number of QL aspects and to measure the level of aesthetic discomfort in patients with hand OA.

**Subjects and methods.** Sixty women aged 45–75 years with hand OA were included. The number of painful and deformed joints was determined and functional impairments were evaluated using the AUSCAN questionnaire. The patients filled out the questionnaire to determine the level of dissatisfaction with the appearance of their hands; the Ellis stress test for irrational beliefs was carried out.

**Results.** The patients with hand OA were found to have significant aesthetic discomfort comparable with level of joint pain. Deformity phobia in the future and external discomfort because of hand deformity were most pronounced; a wish for surgical correction was less pronounced. Comparison of the results obtained in different age groups determined the highest levels of anxiety and wish for surgical correction in younger women. The patients' aesthetic dissatisfaction was also influenced by employment and internet usage.

**Conclusion.** Aesthetic discomfort is an important component of lower QL in patients with hand OA. Further investigation of this factor and elaboration of criteria for its estimation are needed.

**Key words:** hand osteoarthritis, quality of life, aesthetic discomfort.

**For reference:** Sarapulova AV, Teplyakova OV, Balueva OB. Hand osteoarthritis: On the quality of life and aesthetic discomfort. Rheumatology Science and Practice. 2013;51(5):526–31.

**DOI:** <http://dx.doi.org/10.14412/1995-4484-2013-1544>

Остеоартроз (ОА) является наиболее частой причиной болей в кистях. По данным Фрамингемского исследования, эта патология встречается у 26% женщин и 12% мужчин с резким увеличением распространенности до 55–70% у людей старше 55 лет и распределением по полу 10:1 в пользу женщин [1]. Обычно при ОА суставов кистей поражаются дистальные (ДМФС) и проксимальные (ПМФС) межфаланговые суставы, запястно-пястный (ЗППС) и I пястно-фаланговый сустав (ПФС).

По современным представлениям ОА — это комплексное дегенеративное поражение хряща и субхондральной кости в сочетании с синовиальным воспалением [2, 3]. Его развитию могут способствовать механический стресс, биохимические и генетические факто-

ры, результатом действия которых является локальное повреждение суставного хряща, сопровождающееся ремоделированием субхондральной кости с ее гипертрофической реакцией (остеосклероз и формирование остеофитов) либо атрофией (субхондральные кисты) [4]. В этом процессе участвуют металлопротеиназы, провоспалительные цитокины (интерлейкин 1 $\beta$ , фактор некроза опухоли  $\alpha$ , интерлейкин 6), катепсин, окись азота, эйкозаноиды и др. [5].

Клиническая картина ОА суставов кистей складывается из четырех составляющих: боль, утренняя скованность, функциональная недостаточность и деформация — изменение внешнего вида кистей [6]. Для оценки нарушения суставов кистей и качества жизни

(КЖ) при ОА разработаны различные опросники – HAQ (Health Assessment Questionnaire), AUSCAN (Australian/Canadian Osteoarthritis Hand Index), FIHOA (Functional Index of Hand Osteoarthritis), SACRAH (Score for Assessment and Quantification of Chronic Rheumatoid Affections of the Hands), AIMS-2SF (Arthritis Impact Measurement 2 Short Form) [7–10]. Но, к сожалению, в реальной клинической практике в большинстве случаев уровень боли, скованности и нарушений функции определяют лишь на основании субъективных представлений врача [11].

Следует признать, что характеристика деформаций в виде латеральной девиации, узелков Гебердена и Бушара зачастую ограничивается их описанием в истории болезни. При этом врачи не видят необходимости оценивать, насколько сильно беспокоят пациента внешние изменения кистей (эстетические аспекты) и насколько это влияет на их КЖ в целом. В то же время этот вопрос имеет высокую значимость, особенно принимая во внимание то, что большинство составляют женщины. Не разработана и методика такой оценки. Между тем в экономически развитых странах эксперты уже давно заявляют о необходимости разработки стандартизованных методов оценки эстетической неудовлетворенности [12, 13].

В настоящее время существует лишь один опросник, оценивающий отношение пациентов к внешнему виду кистей, – MNQ (Michigan Hand Outcomes Questionnaire) [14], но он не переведен на большинство европейских языков (в том числе на русский) и недостаточно точно определяет ощущения пациента (используются только четыре утверждения с вариантом ответа по 5-балльной шкале). В связи с этим данный опросник не нашел широкого применения.

**Целью** настоящего исследования явились оценка ряда аспектов КЖ и измерение уровня эстетического дискомфорта у пациентов с ОА суставов кистей.

#### Материал и методы

В исследование были включены 60 женщин в возрасте 45–75 лет с симптоматическим ОА суставов кистей, соответствующим критериям Американской коллегии ревматологов (ACR) [15]. Они были разделены на три группы в зависимости от возраста (45–55, 56–65 и 66–75 лет). Группу сравнения составили 30 женщин соответствующего возраста без ОА суставов кистей. Критерии исключения – наличие любых воспалительных артропатий с поражением суставов кистей, а также невозможность проведения анкетирования. Все пациенты дали информированное согласие на участие.

Стандартизованная анкета содержала сведения о возрасте, времени появления симптомов ОА и наступления менопаузы, индексе массы тела (ИМТ), работе, образовании, семейном положении и пользовании интернетом.

Клиническое обследование включало в себя подсчет числа болезненных и деформированных суставов из 22 исследуемых: ДМФС, ПМФС, I ЗППС, I ПФС и межфаланговый сустав I пальца кисти (I МФС). Также пациентки указывали уровень боли в суставах кистей в целом и в самом болезненном суставе по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) и оценивали состояние своего здоровья по ВАШ.

Наибольшие сложности возникли с восприятием эстетической неудовлетворенности. Ввиду отсутствия стандартизованных опросников исследуемым было предложено ответить на несколько вопросов с использованием ВАШ:

1. Испытываете ли Вы беспокойство от того, что ваши руки деформированы? 0 – нет, 100 – это моя главная проблема.
2. Ощущаете ли Вы неудобство, если ваши руки оказываются на виду (в центре внимания)? 0 – нет, 100 – очень сильное.
3. Насколько сильно беспокоит Вас боль в суставах кистей? 0 – не беспокоит, 100 – очень сильно беспокоит.
4. Вы ухаживаете за руками? 0 – нет, 100 – я делаю все возможное.
5. Вы задумывались о возможности хирургической коррекции деформации пальцев? 0 – нет, 100 – если бы такие операции проводились, я бы сделала ее немедленно.
6. Вы боитесь, что деформация будет прогрессировать? 0 – нет, 100 – очень боюсь.

С помощью опросника AUSCAN по ВАШ оценивали боль в кистях, утреннюю скованность и функциональную недостаточность. Суммарный показатель подсчитывается для каждой категории отдельно и составляет 0–500 баллов для боли, 0–100 баллов для скованности и 0–900 баллов для нарушения функции.

Психологическое состояние пациенток оценивали с помощью теста Эллиса [16], выявляющего влияние негативных (иррациональных) установок на возникновение стресса. Тест состоит из 50 утверждений и 6 оценочных шкал, 4 из которых позволяют оценить основные группы иррациональных установок, и еще две шкалы оценивают стрессоустойчивость и рациональность мышления. Шкала катастрофизации показывает отношение человека к неблагоприятным ситуациям, «долженствование в отношении себя» – завышенные требования к себе, «долженствование в отношении других» – завышенные требования к другим, шкала фрустрационной толерантности – степень стрессоустойчивости, оценочная установка – то, как человек оценивает себя и других. Подсчет производится путем суммирования баллов за каждое утверждение, результат <30 баллов по каждой шкале свидетельствует о наличии ярко выраженных иррациональных установок и высокой вероятности развития стресса, от 31 до 45 баллов – о средней вероятности развития стресса, >45 баллов – об отсутствии иррациональной установки.

Для выявления возможной связи между социально-экономическими факторами и уровнем эстетического дискомфорта все пациентки были разделены на три группы в зависимости от уровня беспокойства по ВАШ: 1-я группа – от 0 до 33 баллов (низкая степень дискомфорта), 2-я группа – 34–66 баллов (средняя степень дискомфорта) и 3-я группа – от 67 до 100 баллов (высокая степень дискомфорта). Далее показатели сравнивали в зависимости от наличия у пациенток работы, высшего образования, семейного положения и пользования интернетом.

Статистическую обработку данных проводили с помощью программы Statistica 10.0 (StatSoft Inc., США). Результаты представлены в виде среднего (M) ± стандартное отклонение (δ). Различия между группами определяли с помощью t-критерия и  $\chi^2$ . Оценку степени корреляции проводили с помощью коэффициента Пирсона. При  $p < 0,05$  различия принимали как статистически значимые.

Таблица 1 Клиническая характеристика больных,  $M \pm \delta$ 

Показатель	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=30)	p
Возраст, годы	62,4±8,1	60,2±8,2	0,34
Давность ОА кистей, годы	8,5±7,8	0	<0,001
Возраст наступления менопаузы, годы	50,2±4,2	49,6±3,9	0,5
ИМТ, кг/м <sup>2</sup>	27,7±4,9	28,1±5,8	0,6
Среднее число болезненных суставов	2,5±3,3	0	0,0007
Среднее число деформированных суставов	7,4±4,5	0,22±0,45	<0,001

### Результаты

Достоверных различий по основным демографическим характеристикам между пациентками с ОА и женщинами из группы сравнения не выявлено (табл. 1). Длительность ОА на момент исследования составила в среднем  $8,5 \pm 7,8$  года. Число болезненных и деформированных суставов достоверно различалось и было выше у пациенток с ОА. Следует отметить, что в группе сравнения у 5 женщин встречались деформированные суставы: в двух случаях имели место посттравматические изменения (перелом в анамнезе), в одном – врожденная деформация, в двух – гигромы в области ПМФС, что не позволяло адекватно оценить наличие узелков.

Уровень боли в суставах кистей в целом и в самом болезненном суставе у пациенток с ОА и в группе сравнения достоверно различался, составив  $43,1 \pm 23,2$  и  $14,3 \pm 21,3$  соответственно (табл. 2). Мы обратили внимание на то, что женщины из группы сравнения указали на боль в суставах кистей, хотя при клиническом и рентгенологическом обследовании значимой костно-суставно-мышечной патологии у них выявлено не было. При этом у пациенток основной группы и женщин из группы сравнения оценка общего состояния здоровья полностью совпала, что, вероятно, можно объяснить наличием практически одинакового статуса по сопутствующей патологии в обеих группах и мало-значимым вкладом ОА кистей в формирование показателя «общее здоровье».

В то же время показатели беспокойства из-за деформации суставов и неудобства в случае, когда кисти оказываются на виду, значительно различались между группами. Так, у женщин с ОА данные параметры эстетического дискомфорта достигали соответственно 47,4 и 49,2 мм по ВАШ, тогда как в группе сравнения указанные проблемы были малозначимыми (1,3 и 13,1 мм по ВАШ). Показатель беспокойства из-за боли в суставах кистей также оказался значительно выше у женщин с ОА, достигая в среднем

51,7 мм по ВАШ. Постоянство ухода за руками женщины основной группы и группы сравнения оценили одинаково. Желание хирургической коррекции существующих деформаций, если бы такие методики были разработаны, было выявлено среди пациенток, страдающих ОА, в 16 раз чаще, чем у женщин без данной патологии, хотя абсолютный показатель непосредственной готовности к оперативному лечению был не столь высок: об операции задумывалась лишь каждая десятая пациентка. В то же время боязнь прогрессирования деформации присутствовала у 2/3 женщин с ОА суставов кистей.

Показатели боли, скованности и функциональной недостаточности у женщин с ОА были выше, чем в группе сравнения, в 4,3; 4,8 и 7,1 раза соответственно (табл. 3).

С нашей точки зрения, определенный интерес представляют результаты теста Эллиса (табл. 4). В целом они были сопоставимы в обеих группах. Так, из приведенных данных следует, что женщины обеих групп склонны предъявлять завышенные требования к себе и окружающим людям и воспринимать негативные события как катастрофичные и ужасные. Максимальный средний балл в графе «фрустрационная толерантность» свидетельствует о лучшей, по сравнению с остальными характеристиками, стрессоустойчивости. В целом можно сделать вывод о незначительном вкладе ОА суставов кистей в общее психологическое состояние.

Нами проведена попытка установить взаимосвязи между основными эстетическими показателями и функциональными характеристиками. Боязнь деформации была напрямую связана с уже имеющимся числом деформированных суставов, а также с такими параметрами, как боль, скованность и нарушение функции суставов кисти (табл. 5). Однако самая сильная коррелятивная связь ( $k=0,76$ ) была выявлена между боязнью деформации и внешними неудобствами, возникающими в случае, когда руки оказываются в центре постороннего внимания. Внешнее неудобство так-

Таблица 2 Особенности восприятия боли и эстетического дискомфорта у пациенток с ОА суставов кистей,  $M \pm \delta$ 

Показатель	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=30)	p
Уровень боли в суставах кистей	43,1±23,2	14,3±21,3	<0,001
Боль в наиболее пораженном суставе	56,9±26,9	17,0±23,1	<0,001
Общий уровень здоровья	46,1±21,5	45,1±23,8	0,84
Беспокойство из-за деформации	47,4±29,8	1,3±3,9	<0,001
Внешнее неудобство, вызванное деформацией	49,2±32,3	13,1±24,1	<0,001
Беспокойство из-за боли в суставах рук	51,7±26,6	13,5±20,0	<0,001
Постоянство ухода за руками	55,9±31,4	48,0±31,3	0,36
Желание хирургической коррекции	9,9±20,9	0,2±0,9	0,002
Боязнь прогрессирования деформации в будущем	69,6±20,9	12,5±24,6	<0,001

**Примечание.** Все значения даны в миллиметрах по ВАШ.

**Таблица 3** Оценка статуса больных по опроснику AUSCAN, M±δ

Показатель	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=30)
Боль:		
баллы	213±124	50±60
процент от максимума	42,6±24,8	10±29,8
Скованность:		
баллы	48±31	10±17
процент от максимума	48±31	10±17
Функциональная недостаточность:		
баллы	321±191	45±44
процент от максимума	35,7±21,2	5,0±4,9

*Примечание.* p<0,001 во всех случаях.

**Таблица 4** Особенности стресс-теста Эллиса (баллы) у пациенток с ОА суставов кистей, M±δ

Показатель	Основная группа (n=60)	Группа сравнения (n=30)	p
Катастрофизация	29,5±6,4	28,9±4,5	0,53
Долженствование по отношению к себе	25,5±6,5	25,8±4,2	0,83
Долженствование по отношению к другим	30,6±5,5	28,8±3,9	0,22
Фрустрационная толерантность	33,4±5,8	33,2±31,4	0,48
Оценочная установка	31,1±4,7	31,4±4,2	0,48

же зависело от числа болезненных суставов и выраженности боли в суставах. Желание избавиться от деформаций хирургическим путем (в случае наличия соответствующих методик) зависело только от возраста пациенток ( $k=-0,51$ ): более молодой возраст являлся основным фактором, определяющим готовность женщин к оперативному лечению.

С увеличением возраста происходило ухудшение показателя общего здоровья, однако не выявлено каких-либо существенных различий между группами по числу болезненных и деформированных суставов, а также по оценке боли с использованием различных шкал и опросников (табл. 6).

Следует обратить внимание на такой эстетический показатель, как неудобство из-за деформации суставов. Он имеет максимальные абсолютные значения в группе более молодых женщин (45–55 лет), превышая в 1,3–1,5 раза соответствующие показатели в других возрастных группах, однако эти различия недостоверны, что может быть связано с недостаточным объемом выборки. Вероятно, именно

эстетическим дефектом обусловлено ярко выраженное желание женщин в возрасте 45–55 лет избавиться от данного состояния с помощью любых методов, включая хирургическое лечение, если бы таковое было возможно. По другим показателям, в том числе по боязни деформации в будущем, значению AUSCAN и тесту Эллиса, отражающему психологическое состояние женщин, группы пациенток были идентичны между собой.

При оценке зависимости между социально-экономическими факторами и уровнем эстетического дискомфорта по показателю беспокойства из-за деформации и внешнего неудобства установлено, что наличие трудовой занятости резко повышало шансы развития средней степени дискомфорта, а активное пользование интернетом, напротив, существенно уменьшало шансы средней степени дискомфорта и увеличивало шансы низкой степени, т. е. удовлетворенности внешним видом кистей (табл. 7). Наличие высшего образования и замужества существенно не влияло на степень эстетической неудовлетворенности.

**Таблица 5** Взаимосвязь между основными эстетическими и функциональными характеристиками у пациенток с ОА суставов кистей (представлены коэффициенты корреляции с уровнем значимости  $p<0,05$ )

Показатель	Беспокойство из-за деформации	Внешнее неудобство	Желание хирургического лечения
Возраст	–	–	–0,51
Число болезненных суставов	–	0,4	–
Число деформированных суставов	0,32	–	–
Боль в суставах	0,67	0,64	–
Беспокойство из-за деформации	–	0,76	–
Внешнее неудобство	0,76	–	–
Беспокойство из-за боли	–	–	–
Желание хирургического лечения	–	–	–
Боль по AUSCAN	0,44	–	–
Скованность по AUSCAN	0,41	–	–
Нарушение функции по AUSCAN	0,47	–	–

Таблица 6 Клинические, эстетические и функциональные особенности пациенток с ОА в разных возрастных группах, М±δ

Показатель	1-я группа	2-я группа	3-я группа	p <sup>1-2</sup>	p <sup>2-3</sup>	p <sup>1-3</sup>
	(45-55 лет, n=20)	(56-65 лет, n=20)	(66-75 лет, n=20)			
Длительность симптомов ОА, годы	3,3±2,0	7,3±5,9	11,8±9,2	0,06	0,1	<b>0,01</b>
Число болезненных суставов	3,3±4,0	1,8±2,3	2,9±4,0	0,81	0,33	0,23
Число деформированных суставов	7,8±4,8	6,5±4,7	7,8±4,1	0,98	0,4	0,52
Уровень боли в суставах, мм ВАШ	37,4±24,3	47,1±18,7	43,4±28,1	0,6	0,66	0,28
Боль в самом болезненном суставе, мм ВАШ	48,4±29,7	62,1±27,6	58,4±26,0	0,38	0,71	0,26
Общий уровень здоровья, мм ВАШ	59,3±22,6	43,4±22,8	37,6±21,4	<b>0,05</b>	0,46	<b>0,02</b>
Беспокойство из-за деформации, мм ВАШ	59,3±31,1	45,9±25,6	51,3±31,2	0,26	0,6	0,5
Внешнее неудобство, мм ВАШ	59,8±34,0	40,6±29,7	44,6±34,0	<b>0,05</b>	0,73	0,29
Уход за руками, мм ВАШ	65,5±25,4	53,2±37,1	52,7±26,6	0,39	0,97	0,25
Желание хирургической коррекции, мм ВАШ	36,8±33,4	5,9±9,1	2,8±4,9	<b>0,002</b>	0,25	<b>0,0005</b>
Боязнь деформации в будущем, мм ВАШ	75,6±16,9	74,5±27,2	71,2±22,9	0,9	0,7	0,6
Боль по AUSCAN, баллы	218±163	196±116	223±102	0,69	0,48	0,92
Скованность по AUSCAN, баллы	48,6±39,4	47,9±35,6	48,4±25,2	0,96	0,95	0,99
Функциональная недостаточность по AUSCAN, баллы	327±237	293±179	346±211	0,68	0,45	0,84
Катастрофизация, баллы	28,8±2,5	29,5±4,4	29,0±7,3	0,66	0,81	0,93
Долженствование в отношении себя, баллы	26,1±3,9	26,6±6,3	31,9±5,3	0,82	0,34	<b>0,009</b>
Долженствование по отношению к другим, баллы	32,1±3,8	30,5±3,8	29,0±6,7	0,29	0,51	0,21
Фрустрационная толерантность, баллы	33,9±4,3	34,0±4,3	31,2±3,2	0,97	0,21	0,08
Оценочная установка, баллы	30,9±3,4	30,8±5,5	31,2±3,1	0,94	0,77	0,82

**Заключение**

Данное исследование — одно из первых в России, в котором проведена попытка оценки эстетического дискомфорта у женщин, страдающих ОА суставов кистей. Этот показатель, несмотря на многочисленные указания о необходимости его использования [12, 17], остается малоизученным. Между тем значимость его весьма велика и сопоставима с уровнем боли в кистях [18]. Крайне актуальным остается вопрос о том, что конкретно следует понимать под «эстетическим дискомфортом» или «эстетической неудовлетворенностью». В нашем исследовании мы попытались выделить некоторые составляющие данного понятия — беспокойство из-за деформации, неудобство или стеснение из-за внешнего вида кистей, желание радикального лечения и боязнь прогрессирования деформации. Из перечисленного наиболее значимой оказалась боязнь деформации в будущем, хотя мы не можем исключить наличие других, не изученных нами, показателей, обуславливающих эстетический дискомфорт.

Крайне важным представляется тот факт, что эстетическая неудовлетворенность в той или иной степени присутствовала у большинства пациенток: лишь пятеро из 60 отметили отсутствие у них такой проблемы, в то же время трое поставили максимальные 100 баллов. Таким образом, проблема внешнего изменения кистей и отношения к этому пациентов актуальна для нашей страны: женщины хотят оставаться красивыми всегда. При этом более молодые

пациентки высказывают большее беспокойство и большую готовность к радикальному хирургическому лечению, если бы таковое существовало. Определенный вклад в усиление эстетической неудовлетворенности вносит трудовая занятость (которая, вероятно, вынуждает женщин в той или иной степени демонстрировать свои руки). Большая информированность, сопряженная с активным использованием интернетом, напротив, снижет риск формирования эстетической неудовлетворенности.

Что касается психологических характеристик пациенток, то мы не выявили каких-либо существенных особенностей у женщин, страдающих ОА, как в целом, так и с учетом возраста.

Суммируя вышеизложенное, можно сделать вывод о высокой значимости эстетического дискомфорта как фактора, определяющего КЖ и восприятие болезни у пациенток с ОА кистей. Необходимо дальнейшее изучение этой составляющей ОА, и прежде всего следует предложить четкое определение самого понятия «эстетический дискомфорт», а также разработать критерии его диагностики. Следует указать на целесообразность обязательной оценки эстетической неудовлетворенности у всех пациентов с ОА кистей, а также на необходимость разработки методов ее коррекции и профилактики. В этом направлении необходима единая работа не только ревматологов, но также психологов и специалистов по реабилитации.

Таблица 7 Влияние социально-экономических факторов на наличие эстетического дискомфорта, ОШ (95% ДИ)

Уровень эстетического дискомфорта, баллы	Трудовая занятость	Наличие высшего образования	Наличие замужества	Пользование интернетом
0-33	0,58 (0,16-2,1)	1,3 (0,4-4,8)	1,2 (0,3-4,2)	7,8 (1,5-41,3)
34-66	10,9 (2,1-57,5)	0,7 (0,2-2,4)	1,1 (0,3-3,8)	0,1 (0,04-0,6)
67-100	0,18 (0,04-0,7)	1,1 (0,3-4,0)	0,7 (0,2-2,7)	1,12 (0,3-4,1)

Примечание. ОШ – отношение шансов, ДИ – доверительный интервал.

## ЛИТЕРАТУРА

- Zhang Y, Niu J, Kelly-Hayes M et al. Prevalence of symptomatic hand osteoarthritis and its impact on functional status among the elderly: The Framingham Study. *Am J Epidemiol*. 2002;156(11):1021–7. DOI: <http://dx.doi.org/10.1093%2Faje%2Fkfw141>.
- Fife RS. Osteoarthritis – epidemiology, pathology, and pathogenesis. 11th ed. Klippel J, Weyand C, Wortmann R, editors. *Primer on the rheumatic diseases*. Atlanta, Georgia: Arthritis Foundation; 1997. P. 216–7.
- Hochberg MC. Osteoarthritis – clinical features and treatment. 11th ed. Klippel J, Weyand C, Wortmann R, editors. *Primer on the rheumatic diseases*. Atlanta, Georgia: Arthritis Foundation; 1997. P.218–21.
- Vlad SC, Neogi T, Aliabadi P et al. No Association Between Markers of Inflammation and Osteoarthritis of the Hands and Knees. *J Rheumatol*. 2011;38(8):1665–70. DOI: [10.3899/jrheum.100971](http://dx.doi.org/10.3899/jrheum.100971). Epub 2011 May 15.
- Wang M, Shen J, Jin H et al. Recent progress in understanding molecular mechanisms of cartilage degeneration during osteoarthritis. *Ann N Y Acad Sci*. 2011 Dec;1240:61–9. DOI: [10.1111/j.1749-6632.2011.06258.x](http://dx.doi.org/10.1111/j.1749-6632.2011.06258.x).
- Kjeken I, Dagfinrud H, Slatkowsky-Christensen B. Activity limitations and participation restrictions in women with hand osteoarthritis: patients' descriptions and associations between dimensions of functioning. *Ann Rheum Dis*. 2005;64(11):1633–8. Epub 2005 Apr 13. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136%2Fard.2004.034900>.
- Bellamy N, Campbell J, Haraoui B et al. Dimensionality and clinical importance of pain and disability in hand osteoarthritis: Development of the Australian/Canadian (AUSCAN) Osteoarthritis Hand Index. *Osteoarthritis Cartilage*. 2002;10(11):855–62. DOI: <http://dx.doi.org/10.1053%2Fjoca.2002.0837>.
- Leeb BF, Sautner J, Andel I, Rintelen B. SACRAH: a score for assessment and quantification of chronic rheumatic affections of the hands. *Rheumatology (Oxford)*. 2003;42(10):1173–8. Epub 2003 May 30.
- Maheu E, Altman RD, Bloch DA et al. Design and conduct of clinical trials in patients with osteoarthritis of the hand: recommendations from a task force of the Osteoarthritis Research Society International. *Osteoarthritis Cartilage*. 2006;14(4):303–22. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016%2Fj.joca.2006.02.010>.
- Meenan RF, Mason JH, Anderson JJ et al. AIM S2. The content and properties of a revised and expanded Arthritis Impact Measurement Scales Health Status Questionnaire. *Arthritis Rheum*. 1992;35(1):1–10.
- Memel DS, Kirwan JR, Sharp DJ, Hehir M. General practitioners miss disability and anxiety as well as depression in their patients with osteoarthritis. *Br J General Practice*. 2000;50(457):645–8.
- Kloppenborg M, Stamm T, Watt I. Research in hand osteoarthritis: time for reappraisal and demand for new strategies. An opinion paper. *Ann Rheum Dis*. 2007;66(9):1157–61. DOI: <http://dx.doi.org/10.1136%2Fard.2007.070813>. Epub 2007 Mar 14.
- Stamm T, van der Giesen F, Thorstensson C et al. Patient perspective of hand osteoarthritis in relation to concepts covered by instruments measuring functioning: a qualitative European multicentre study. *Ann Rheum Dis*. 2009;68(9):1453–60. DOI: [10.1136/ard.2008.096776](http://dx.doi.org/10.1136/ard.2008.096776). Epub 2008 Sep 2.
- Chung KC, Pillsbury MS, Walters MR et al. Reliability and validity testing of the Michigan Hand Outcomes Questionnaire. *J Hand Surg Am*. 1998;23(4):575–87. DOI: <http://dx.doi.org/10.1016%2F0363-5023%2898%2980042-7>.
- Altman R, Alarcon G, Appelrouth D et al. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hand. *Arthritis Rheum*. 1990;33(11):1601–10. DOI: <http://dx.doi.org/10.1002%2Fart.1780331101>.
- Ellis A. Rational Psychotherapy and Individual Psychology. *J Individual Psychology*. 1957;13:38–44.
- Pham T, Van Der Heijde HD, Lassere M et al. Outcome variables for osteoarthritis clinical trials: The OMERACT-OARSI set of responder criteria. *J Rheumatol* 2003;30(7):1648–54.
- Hodkinson B, Maheu E, Michon M et al. Assessment and determinants of aesthetic discomfort in hand osteoarthritis. *Ann Rheum Dis*. 2012;71(1):45–9. DOI: [10.1136/ard.2011.153965](http://dx.doi.org/10.1136/ard.2011.153965). Epub 2011 Sep 6.