

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ У БОЛЬНЫХ ОСТЕОАРТРОЗОМ

Елена Юрьевна АЛЕКСЕНКО, Анатолий Васильевич ГОВОРИН, Светлана Матвеевна ЦВИНГЕР

*ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия
672090, г. Чита, ул. Горького, 39 а*

Обследовано 84 больных остеоартрозом (28 мужчин и 56 женщин) в возрасте от 25 до 55 лет, контролем послужили 24 практически здоровых человека (9 мужчин и 15 женщин). Проводилась оценка качества жизни с использованием опросника SF-36®. У больных остеоартрозом выявлено снижение качества жизни по всем шкалам по сравнению со здоровыми людьми. У мужчин с остеоартрозом психологический компонент здоровья выше, чем у женщин. Не обнаружено изменений качества жизни в различных возрастных категориях. При длительности заболевания более 5 лет, сочетании остеоартроза и метаболического синдрома отдельные показатели качества жизни ухудшаются.

Ключевые слова: остеоартроз, качество жизни больных.

Остеоартроз (ОА) — одно из самых частых хронических заболеваний суставов, распространенность его составляет до 20% среди населения планеты [1, 2]. В последние годы отмечается тенденция к увеличению числа больных с множественным поражением периферических суставов и позвоночника [3]. Прогноз в отношении жизни у данной группы больных благоприятный, тем не менее ОА во многих странах занимает одно из первых мест среди причин, приводящих к инвалидности [2]. Это определяет социальную значимость заболевания. Длительно сохраняющийся болевой синдром, нарушение функции суставов и ограничение двигательной активности, нежелательные побочные реакции на лекарственную терапию, социальные ограничения у пациентов с ОА способствуют значительному ухудшению качества жизни [4].

Качество жизни (КЖ) является интегральным показателем, характеризующим физическое, психологическое, эмоциональное и социальное функционирование исследуемого, основанное на его субъективном восприятии. Оценка КЖ может быть использована для характеристики тяжести патологического процесса, эффективности проводимых лечебных мероприятий при различных заболеваниях. Общие и специфические опросники, разработанные в ведущих мировых клинических центрах, являются инструментами определения КЖ. Методология его изучения основывается на математическом анализе, логическом подходе, принципах доказательной медицины. Общепринятым в мировой клинической практике для ОА является использование общего опросника SF-36®

(Short Form Medical Study) [5]. Русская версия SF-36® валидирована Межнациональным центром исследований КЖ г. Санкт-Петербурга [6]. Рассчитаны средние популяционные значения шкал SF-36® для детей и взрослых отдельных регионов России в рамках проекта «ИКАР» по изучению КЖ больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких, а также для населения от 18 до 85 лет пяти крупных городов Европейской части России (многоцентровый проект «МИРАЖ») по инициативе ГУ Института ревматологии РАМН [7–10].

Целью работы явилась оценка КЖ при ОА у больных в зависимости от пола, возраста, длительности болезни, наличия сопутствующего метаболического синдрома.

Материалы и методы

Исследование проводилось в 2008 году. В него были включены 84 больных ОА в возрасте от 25 до 55 лет, соотношение мужчин и женщин было 1:2, средний возраст соответственно составил $42,4 \pm 7,7$ и $43,4 \pm 5,9$ года. Диагноз ОА устанавливали на основании критериев, рекомендованных Ассоциацией ревматологов России и Американским колледжем ревматологов [2]. Диагностика метаболического синдрома базировалась на критериях, рекомендованных экспертами Всероссийского научного общества кардиологов [11]. Группа контроля состояла из 24 практически здоровых человек (9 мужчин и 15 женщин) в возрасте $41,3 \pm 5,6$ года. Сбор данных осуществлялся путем анкетирования и анализа амбулаторных карт, при этом всем респондентам давалась информация о целях проведения исследования

Алексенко Е.Ю. — канд.м.н., доцент, зав. каф. поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики, e-mail: e-alexe@mail.ru

Говорин А.В. — д.м.н., проф., ректор

Цвингер С.М. — ассистент каф. поликлинической терапии с курсом общей врачебной практики

и дальнейшем использовании его результатов. Стандартная форма опросника SF-36® оценивает КЖ в течение последних 4-х недель. Анкета состоит из 36 вопросов, разделенных на 8 шкал: физическое функционирование (PF), ролевое физическое функционирование (RP), телесная боль (BP), общее состояние здоровья (GH), жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE), психологическое здоровье (MH). Расчеты дают значения каждой категории КЖ от 0 до 100 баллов, более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ, 100 баллов представляет полное здоровье. Перед вычислением показателей проводилась перекодировка ответов, затем суммирование их согласно методике, предусмотренной разработчиками опросника SF-36®, по 8 шкалам для каждого пациента. Показатели PF, RP, BP и GH составляют физический компонент здоровья, шкалы VT, SF, RE и MH характеризуют психологический компонент.

Статистическая обработка полученных данных проводилась с помощью пакета статистических программ Statistica 6.0 (StatSoft). Распределение практически всех вариационных рядов не подчинялось критериям нормальности, поэтому применялись методы непараметрической статистики. Для оценки различия между несколькими группами использовались критерий Крускала—Уоллиса и медианный

тест. Для сопоставления двух групп применялся U-критерий Манна—Уитни [12]. Различия между анализируемыми группами считались достоверными при $p < 0,05$.

Результаты и обсуждение

КЖ по всем шкалам SF-36® у больных ОА было достоверно ниже, чем у здоровых (табл. 1). Самые низкие показатели при ОА, не превышающие 50 баллов, отмечались по шкалам: ролевое физическое функционирование (RP), телесная боль (BP) и общее состояние здоровья (GH). Они отражают снижение оценки состояния своего здоровья и дальнейших перспектив лечения респондентами, ограничение повседневной физической активности из-за выраженности боли. Наличие клинических проявлений ОА оказывало влияние на психологический и физический компоненты здоровья.

При анализе факторов, влияющих на КЖ у больных ОА, проведены сравнения по половому признаку. Группа больных ОА была стратифицирована по возрасту в соответствии с распределением населения РФ по данным Госкомстата РФ за 2005 год (таблица 2).

Показатели КЖ у мужчин были выше по сравнению с женщинами, что согласуется с популяционными исследованиям [9]. Достоверные отличия получены по трем шкалам: жизненная активность (VT), социальное функционирование (SF) и психологическое здоровье (MH) ($p < 0,05$). Мужчины, страдающие ОА,

Таблица 1

Показатели шкал SF-36® больных ОА и здоровых, медиана [25-й–75-й процентиля]

Шкалы SF	Здоровые лица (n = 24)	Больные ОА (n = 84)	Уровень статистической значимости
PF	95 [95–100]	75 [50–85]	$p < 0,00001$
RP	100 [75–100]	25 [0–100]	$p < 0,0001$
BP	100 [100–100]	41 [22–52]	$p < 0,00001$
GH	77 [57–87]	50 [37–63]	$p < 0,0001$
V	80 [75–85]	55 [42–70]	$p < 0,00001$
SF	100 [100–100]	75 [50–87,5]	$p < 0,00001$
RE	100 [67–100]	66,67 [0–100]	$p < 0,01$
MN	84 [76–88]	68 [54–78]	$p < 0,0001$

Таблица 2

Распределение больных ОА по полу и возрасту (число (% от объема группы))

Возраст (годы)	Всего человек	Количество мужчин	Количество женщин
25–34	20 (23,8%)	6 (7,1%)	14 (16,7%)
35–44	25 (29,8%)	12 (14,2%)	13 (15,6%)
45–55	39 (46,4%)	10 (11,9%)	29 (34,5%)
Всего:	84	28 (33,3%)	56 (66,7%)

независимо от возраста имеют больше положительных эмоций, их социальная активность выше женской. Закономерным является и меньшая склонность пациентов мужского пола к тревожным и депрессивным переживаниям. При сопоставлении параметров КЖ пациентов с ОА по возрастным категориям не выявлено достоверных отличий ни по одной шкале анкеты SF-36®. В популяционных исследованиях по различным шкалам наблюдаются различия: женщины в возрасте до 35 лет и мужчины до 45 лет ощущали себя полными сил и энергии (VT) [9]. Затем КЖ респондентов с возрастом уменьшалось независимо от пола [10]. Таким образом, в нашем исследовании возраст больных ОА не влияет на физические и психологические компоненты здоровья.

Для сравнения показателей, влияющих на КЖ больных ОА, проведено распределение их на три группы в зависимости от давности появления клинических симптомов: до 5 лет, 5–10 лет, более 10 лет. Сроки болезни являются условными, устанавливались в нашем исследовании на основании появления первых клинических симптомов заболевания. Общеизвестным является тот факт, что отсутствует четкий параллелизм между клиническими проявлениями ОА и развитием рентгенологических признаков болезни [13]. При расчетах КЖ больные ОА по всем шкалам достоверно отличаются от группы здоровых ($p < 0,001$). При сравнении групп по длительности заболевания установлены более высокие показатели при сроке болезни до 5 лет по таким шкалам, как социальное функционирование (SF) и пси-

хологическое здоровье (MH), при этом шкалы, характеризующие физический компонент здоровья, существенно не отличались (табл. 3).

Наименьший уровень качества жизни в группе больных ОА и метаболическим синдромом наблюдался по таким шкалам, как ролевое физическое функционирование (RP), телесная боль (BP) и ролевое эмоциональное функционирование (RE). Медианы данных показателей в рассматриваемой группе пациентов не превышали 40. При сравнении двух групп больных с ОА при наличии метаболического синдрома или без него только по двум шкалам найдены достоверные отличия. По шкале физическое функционирование (PF) и телесная боль (BP) у пациентов с ОА и сопутствующим метаболическим синдромом результаты были ниже ($p < 0,05$).

Выводы

1. КЖ больных ОА имеет более низкий уровень, чем КЖ здоровых людей, по всем шкалам анкеты SF-36®, особенно таким, как ролевое физическое функционирование (RP), телесная боль (BP) и общее состояние здоровья (GH), что обусловлено негативным влиянием симптомов заболевания на разные стороны жизнедеятельности больных.

2. Показатели социальной активности и психологического здоровья мужчин, страдающих ОА, выше по сравнению с параметрами, определенными у женщин.

3. В исследовании не удалось установить достоверных изменений показателей КЖ в разные возрастные периоды.

4. При длительности клинических симптомов ОА более 5 лет происходит ухудшение КЖ за счет психологического компонента здоровья (по шкалам SF и MH).

Таблица 3

Показатели шкал SF-36® больных ОА в зависимости от длительности болезни и здоровых, медиана [25-й–75-й процентиля]

Шкалы SF	1-я группа: здоровые лица (n = 24)	Больные ОА с длительностью болезни		
		2-я группа: до 5 лет (n = 42)	3-я группа: 5–10 лет (n = 24)	4-я группа: более 10 лет (n = 18)
PF	95 [95–100]	75* [40–90]	70* [50–80]	67* [45–75]
RP	100 [75–100]	25* [0–75]	25* [0–75]	0* [0–75]
BP	100 [100–100]	32* [22–41]	41* [22–51]	32* [24–41]
GH	77 [57–87]	50* [40–70]	45* [35–52]	42,5* [35–50]
V	80 [75–85]	50* [40–65]	55* [45–65]	42,5* [35–65]
SF	100 [100–100]	75* [50–87,5]	65,5*,** [62,5–87,5]	50*,**,* [37–62]
RE	100 [66,67–100]	66,7* [0–100]	66,7* [0–100]	33,3* [33,3–66,7]
MN	84 [76–88]	68* [56–80]	64*,** [48–76]	58*,** [40–60]

Примечание: * — отличие от показателя 1-й группы достоверно при $p < 0,0001$, ** — отличие от показателя 2-й группы достоверно при $p < 0,001$, *** — отличие от показателя 3-й группы достоверно при $p < 0,05$.

5. Наличие сопутствующего метаболического синдрома у пациентов ОА вызывает снижение КЖ за счет ограничения повседневной деятельности в связи с физическим состоянием здоровья (шкалы RP и BP).

Литература

1. Фоломеева О.И., Эрдес Ш.Ф., Насонова В.А. Ревматические заболевания у населения Российской Федерации в начале XXI века // Тер. арх. 2007. (12). 5–12.
Folomeeva O.I., Erdes S.F., Nasonova V.A. Rheumatological diseases in population of the Russian Federation in the beginning of the XXI century // Ter. arkh. 2007. (12). 5–12.
2. Клинические рекомендации. Ревматология / Под ред. Е.Л. Насонова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. 99–111.
Clinical recommendations. Rheumatology / Ed. E.L. Nasonova. M.: GEOTAR-Media, 2006. 99–111.
3. Алексеева Л.И., Чичасова Н.В., Беневоленская Л.И. и др. Комбинированный препарат «Артра» при лечении остеоартроза // Тер. арх. 2005. (11). 69–75.
Alekseeva L.I., Chichasova N.V., Benevolenskaya L.I. et al. Complex medicine «Artra» in the treatment of osteoarthritis // Ter. arkh. 2005. (11). 69–75.
4. Мазуров В.И., Онущенко И.А. Остеоартроз. СПб.: СПбМАНО, 2000. 116 с.
Mazurov V.I., Onushenko I.A. Osteoarthritis. SPb.: SPbMANO, 2000. 116 p.
5. Разрешение на использование и воспроизведение опросника SF-36®: Medical Outcomes Trust. <http://www.sf-36.com/tools/sf36.shtml>
Permission for questionnaire SF-36® use and copy. SF-36®: Medical Outcomes Trust. <http://www.Sf-36.com/tools/sf36.shtml>
6. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: ОЛМА-ПРЕСС, 2002. 314 с.
Novik A.A., Ionova T.I. Guide line on investigation of life quality in medicine. M.: OLMAPRESS, 2002. 314 p.
7. Ионова Т.И., Новик А.А., Гандек Б и др. Качество жизни здорового населения Санкт-Петербурга // Тезисы докладов Всероссийской конференции

с международным участием «Исследование качества жизни в медицине». СПб., 2000. 54–57.

Ionova T.I., Novik A.A., Gandek B et al. Life quality of healthy individuals in Sankt-Peterburg // Collection of reports summary. Russian conference with foreign participation. «Investigation of life quality in medicine». SPb., 2000. 54–57.

8. Качество жизни у больных бронхиальной астмой и хронической обструктивной болезнью легких / Под ред. А.Г. Чучалина. М.: Атмосфера, 2004. 253 с.

Life quality in patients with bronchial asthma and chronic obstructive disease of lungs / Ed. A.G. Chuchalin. M.: Atmosfera, 2004. 253 p.

9. Амирджанова В.Н., Горячев Д.В., Коршунов Н.И. и др. Популяционные показатели качества жизни по опроснику SF-36® (результаты многоцентрового исследования качества жизни «МИРАЖ» // Научно-практическая ревматология. 2008. (1). 36–48.

Amirdzhanova V.N., Goriachev D.V., Korshunov N.I. et al. Life quality markers in population according to questionnaire SF-36® (The results of multicentre investigation of life quality «MIRAGE») // Nauchno-practicheskaya revmatologia. 2008. (1). 36–48.

10. Амирджанова В.Н. Ревматоидный артрит с позиции оценки качества жизни больных // Тер. арх. 2007. (5). 15–20.

Amirdzhanova V.N. Life quality in patients with rheumatoid arthritis // Ter. arkh. 2007. (5). 15–20.

11. Кардиология: национальное руководство / Под ред. Ю.Н. Беленкова, В.Р. Оганова. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. 611–624.

Cardiology: national guide line / Eds. Y.N. Belenkov, V.R. Oganov. M.: GEOTAR-MEDIA, 2007. 611–624.

12. Реброва О.Ю. Статистический анализ медицинских данных. Применение пакета прикладных программ STATISTICA. М.: МедиаСфера, 2002. 312 с.

Rebrova O.U. Statistic analysis of medical data. Programs application STATISTICA. M.: MediaSfera, 2002. 312 p.

13. Цветкова Е.С. Современная терапия остеоартроза — патогенетическое обоснование // Тер. арх. 2004. (5). 77–79.

Tsvetkova E.S. Modern therapy of osteoarthritis — pathogenical basis. E.S. Tsvetkova // Ter. arkh. 2004. (5). 77–79.

LIFE QUALITY ASSESSMENT IN PATIENT WITH OSTEOARTHRITIS

Elena Yur'evna ALEKSENKO, Anatoly Vasilievich GOVORIN, Svetlana Matveevna TSVINGER

Chita State Medical Academy of Roszdrav
39 a, Gorky str., Chita, 672090

84 patients (56 female & 28 male patients) aging from 22 to 55 years with osteoarthritis (OA) have been investigated. 24 healthy individuals (9 men and 15 women) were included in the control group. Life quality (LQ) assessment was carried out with the help of the questionnaire SF-36. Decrease in LQ was revealed in patients with OA in comparison with the control group. Psychological component of LQ is higher in the male patients with OL than in the female ones. No changes in LQ have been observed in different age groups. In patients with 5-year history of OA separate indices of LQ worsen due to the combination of OA and metabolic syndrome.

Keywords: osteoarthritis, quality of patient life.

Aleksenko E.Y. — Candidate of Medical Science, associate professor, head of the department of Polyclinic Therapy with course of general medical practice, e-mail: e-alexe@mail.ru
Govorin A.V. — Doctor of Medical Science, professor, the head
Tsvinger S.M. — assistant, the department of Polyclinic Therapy with course of general medical practice