

Качество жизни больных остеоартрозом в сельской популяции

Н. Н. Крохина, А. Г. Солодовников, А. Г. Закроева, Л. Ф. Рябицева, Е. М. Авдеева, О. М. Лесняк

Кафедра семейной медицины ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии, Свердловская областная клиническая больница №1, г. Екатеринбург

Quality of life in rural osteoarthritis patients

N. N. Krokhina, A. G. Solodovnikov, A. G. Zacroeva, L. F. Ryabitseva, E. M. Avdeyeva, O. M. Lesnyak

Department of Family Medicine, Ural State Medical Academy, Sverdlovsk Regional Hospital №1, Ekaterinburg

Резюме

Цель исследования. Изучить качество жизни (КЖ) больных остеоартрозом (ОА), проживающих в сельской местности.

Материал и методы. Проведено одномоментное популяционное исследование среди сельских жителей 10 населенных пунктов Невьянского района Свердловской области. В результате анкетирования было выявлено 1790 лиц с жалобами на боли в суставах (45% обследованного населения) и 666 человек с жалобами на припухлость суставов (16,7% обследованного населения). Из каждой группы случайным методом выбрано по 300 человек. Диагноз ОА установлен у 189 больных, которые наблюдались в течение года. Для оценки КЖ использовали вопросник SF-36 и сравнивали показатели КЖ больных с популяционной группой.

Результаты. КЖ больных ОА хуже, чем в популяции сельских жителей. Имелись различия в результатах оценки КЖ больных в зависимости от пола. Через год некоторые показатели КЖ улучшились.

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

Ключевые слова: качество жизни, остеоартроз, сельская популяция.

Summary

Objective: To study the quality of life by the patients with osteoarthritis among country inhabitants.

Material and methods: Simultaneous epidemiological study among inhabitants the ten rural settlements of Nevjansk farmland in the Sverdlovsk region. At the results of questionnaire of 1790 in the farmland with joint pains and 666 in the farmland with joint swelling were found which amounted to 45% and 16.7% of examined population correspondingly. We desided 300 patients between the two groups. The 189 farmland had osteoarthritis. The quality of life state the value of SF-36.

Results: The quality of life by the patients with osteoarthritis was worse than rural inhabitants. Men and women had differences of the quality of life. **Conclusion:** Osteoarthritis had a negative effect on the quality of life.

Key words: quality of life, osteoarthritis, rural population.

- Н. Н. Крохина — ассистент кафедры семейной медицины ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии;
- А. Г. Солодовников — ассистент кафедры семейной медицины ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии;
- А. Г. Закроева — к. м. н., доцент кафедры семейной медицины ФПК и ПП Уральской государственной медицинской академии;
- Л. Ф. Рябицева — заслуженный врач РФ, зав. ревматологическим отделением, Свердловская областная клиническая больница №1;
- Е. М. Авдеева — зам. гл. врача по организационно-методической работе, Свердловская областная клиническая больница №1;
- О. М. Лесняк — д. м. н., профессор, зав. кафедрой семейной медицины ФП и ПП Уральской государственной медицинской академии, гл. специалист Уральского Федерального округа по общей врачебной практике вице-президент Российской ассоциации по остеопорозу, член Президиума Ассоциации ревматологов России.

Остеоартроз (остеоартрит, ОА) находится в числе нескольких ведущих хронических заболеваний (синдромов), ассоциированных с максимально негативным вкладом в глобальное состояние здоровья Земли и наибольшими социально-экономическими потерями. ОА является самой частой причиной болей и функциональных ограничений в суставах, особенно у больных старших возрастных групп, что, в свою очередь, объясняет существенное отрицательное воздействие заболевания на качество жизни [1].

Немногочисленные эпидемиологические данные свидетельствуют о возможном преобладании ОА среди сельских жителей. По данным Jordan J.M. в сельской популяции США распространенность ОА коленных суставов была 38,4% и ОА тазобедренных суставов 27,9% [2], что несколько выше, чем среди городско-

го населения. Однако, эти данные были получены не в рамках одного исследования. Есть данные об отличающемся характере поражения суставов кистей при ОА у мужчин и женщин [3], в том числе у работников сельскохозяйственных предприятий [4]. Поскольку низкий уровень образования и тяжелый физический труд являются факторами риска ОА и интенсивной боли [5], возможно, что у сельского населения распространенность ОА выше, чем в городе. Это подтверждается данными из Англии, где в рамках одного исследования было проведено исследование распространенности ОА тазобедренных суставов среди фермеров и офисных работников [4]. Было показано более высокое распространение ОА среди фермеров. К настоящему времени в России было проведено пока единственное популяционное исследование распространенности ОА у сельских жителей республики Саха (Якутия), которая составила 18% [6], что значительно выше, чем показатели, полученные для городского населения [7]. Однако следует отметить, что до настоящего времени в России прямого сравнения распространенности ОА в городской и сельской популяциях одного региона в рамках одного исследования не было проведено.

Качество жизни (КЖ) человека — это субъективный показатель удовлетворения человеческих потребностей, степень комфортности человека как внутри себя, так и в рамках общества. Изучение КЖ особенно важно при хронических заболеваниях, требующих длительного лечения. С. J. Coops отмечает, что больные с ОА сообщали об изменениях в 6-ти областях своей жизни: функциональной и социальной активности, общении, социально-экономическом, эмоциональном состоянии и состоянии костно-мышечной системы. Он считает, что для адекватной оценки воздействия ОА на психосоциальное состояние пациентов необходимо использовать не только специфические для заболевания вопросы, но также и генерические (общие) анкеты, позволяющие расширить возможности измерения нетрудоспособности человека [8].

До настоящего времени КЖ больных ОА остается недостаточно изученным. В России проведено единственное исследование на данную тему. Это было одномоментное исследование КЖ у городских жителей, в котором показано, что КЖ у больных ОА хуже, чем в популяции городских жителей [9]. Качество жизни у сельских жителей России, в т.ч. страдающих ОА, а также факторы, влияющие на него, не изучались. Это и определило цель данного исследования.

Цель исследования: дать характеристику качества жизни у сельских жителей, больных

остеоартрозом, сравнить КЖ больных ОА и сельской популяции, оценить динамику показателей КЖ у больных ОА в течение года наблюдения, а также определить качество лечения больных.

Материал и методы исследования

Настоящая работа является частью Российской национальной программы «Социальные и экономические последствия ревматических заболеваний», осуществляемой ГУ Институт Ревматологии РАМН в рамках Международной «Декады костей и суставов» (2000-2010), проводимой под эгидой ООН и ВОЗ. Исследование проведено в Невьянском районе Свердловской области, представленном, помимо г. Невьянска, двадцатью сельскими населенными пунктами, на территории которых, по данным списков избирательной комиссии, на момент проведения исследования проживало 15004 чел. в возрасте 18 лет и старше. Для проведения исследования были выбраны 10 сельских населенных пунктов с общей численностью населения 5082 чел. (33,9% всего сельского населения района).

Исследование проведено в три этапа. На первом этапе с целью выявления распространенности суставного синдрома и болей в поясничном отделе позвоночника среди сельского населения была использована скринирующая анкета, разработанная в Институте ревматологии РАМН (д.м.н. Ш. Эрдес). С ее помощью при подворных обходах медицинскими работниками амбулаторий и фельдшерско-акушерских пунктов был проведен поголовный опрос всех жителей 18 лет и старше. Всего на этом этапе было опрошено 3978 жителей (78,3% от подлежащей анкетированию выборки).

На втором этапе исследования случайным методом было отобрано 300 чел. с жалобами на боли в суставах и 300 чел. с жалобами на припухание суставов по данным скринирующей анкеты. Все эти пациенты были осмотрены ревматологом. Диагноз ОА был выставлен 189 чел. на основании критериев ACR от 1991г. [10, 11]. Среди больных было 38 (20,1%) мужчин (средний возраст $61,1 \pm 12,5$ лет) и 151 (79,9%) женщина (средний возраст $63,8 \pm 10,2$ лет). Коксартроз выявлен у 15 чел., всем подтвержден рентгенологически. Гонартроз выявлен у 108 чел.: 82 (75,9%) больным диагноз установлен с использованием рентгенологических критериев, остальным — только клинических. Диагноз ОА дистальных и проксимальных межфаланговых суставов кистей установлен на основании клинических критериев. Таким образом, рентгенологическое исследование суставов (коленных и тазобедренных) проведено 97 больным. У 28 (14,8%) больных была выявлена I ста-

дия ОА, у 46 (24,3%) — II стадия, у 20 (10,6%) — III стадия и только у 1,6% больных — IV стадия заболевания. ОА у всех больных был первичным, так как суставной синдром посттравматического генеза исключался на этапе скрининга. В анализируемой выборке наиболее часто были поражены коленные (57,1%) и дистальные межфаланговые суставы кистей (62,4%). Реже был диагностирован ОА проксимальных межфаланговых суставов кистей (21,2%). Самым редким был коксартроз (8,5%) ($p < 0,05$). ОА других локализаций выявлено не было. Из 189 больных, которым был выставлен диагноз ОА, лишь у 57 (30,2%) заболевание ранее было диагностировано врачом.

На момент первого осмотра всем больным были даны рекомендации по лечению ОА, которые включали немедикаментозное (лечебная физкультура, ходьба с опорой, подбор обуви, использование суппортов и супинаторов, физиолечение) и медикаментозное лечение (анальгетики, НПВП, медленнодействующие симптоматические препараты, пункция сустава с введением ГКС). Пациентов не взвешивали в связи с тем, что многих из них осматривали на дому. Поэтому снижение веса рекомендовалось при явных признаках избыточного веса, но не оценивалось. Образовательные программы не проводились.

Третий этап заключался в динамическом наблюдении за пациентами в течение одного года с интервалом в 6 мес. В промежутках между осмотрами пациенты вели дневник, в котором отмечали все лекарственные и нелекарственные методы проведенного лечения. Через полгода под наблюдением осталось 186 (98,4%) чел.: 2 умерли, 1 поменял место жительства. Через 12 мес. от момента постановки на учет под наблюдением остался 181 (95,8%) чел.: 3 умерли, 5 поменяли место жительства. Во время каждого из двух последующих визитов про-

водился клинический осмотр, и пациенты мотивировались к началу или продолжению рекомендованного лечения по поводу ОА.

Для оценки качества жизни (КЖ) использована анкета SF-36 (www.qualitylife.ru), которая содержит 36 вопросов, касающихся физического и эмоционального состояния пациентов. Качество жизни оценено при каждом осмотре. Пациенты заполняли анкету самостоятельно. Группой сравнения выбрана общая популяция сельского населения Нижнесергинского района Свердловской области (522 чел., средний возраст $45 \pm 12,1$ лет) [12]. Исследование КЖ в сельской популяции проведено в тот же период времени, с помощью того же опросника, что и исследование КЖ у больных ОА.

Статистическая обработка материала проводилась на персональном компьютере с использованием пакета прикладных программ SPSS 8.0 for Windows. До статистической обработки все количественные показатели оценивались на нормальность распределения. Анализируемая группа больных отличалась ненормальным распределением, поэтому результаты были представлены в виде медианы с указанием размаха значений от 25 до 75 перцентилей. Сравнение двух групп количественных признаков, распределение в которых отличалось от нормального, а дисперсии были равны, проводилось с помощью критерия Манна — Уитни. Статистически значимой считалась разница показателей при $p < 0,05$.

Результаты

Показатели КЖ в исследуемой группе больных ОА в сравнении с общей популяцией сельских жителей Свердловской области приведены в табл. 1. По всем показателям КЖ у больных ОА было достоверно хуже, чем в популяции ($p < 0,05$). Качество жизни женщин с

Таблица 1. Показатели качества жизни по SF-36 у больных с остеоартрозом в сравнении с общей популяцией сельского населения Медиана (25 перцентиль; 75 перцентиль)

Показатели качества жизни	Больные с остеоартрозом	Общая популяция сельских жителей	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.

Таблица 2. Медиана показателей качества жизни по SF-36 в зависимости от возраста у больных с остеоартрозом в сравнении с общей популяцией сельского населения

Показатели качества жизни	<30 лет			30-39 лет			40-49 лет			50-59 лет			60-69 лет			>69 лет		
	ОА	популяция	p	ОА	популяция	p	ОА	популяция	p	ОА	популяция	p	ОА	популяция	p	ОА	популяция	p
PF	85	100	0,05	90	95	0,01	80	95	<0,0001	70	90	<0,01	53	85	<0,01	40	52,5	0,79
RP	75	87,5	0,84	94	87,5	0,23	63	81,3	<0,01	56	62,5	0,09	56	56,3	0,49	44	37,5	0,58
RE	83	91,7	0,84	92	91,7	0,61	75	83,3	0,02	63	75	0,03	67	58,3	0,67	50	66,7	0,47
BP	41	84	0,01	47	84	0,06	41	74	<0,001	41	51	<0,01	41	51	0,02	41	32	0,82
E	50	70	0,01	60	65	0,49	55	60	0,03	50	55	<0,01	48	50	0,86	40	42,5	0,99
GH	47	65,8	<0,01	47	61,7	0,22	35	56,7	<0,0001	35	47,5	<0,01	30	45,8	<0,001	30	33,3	0,82
SF	75	100	0,55	81	100	0,21	88	87,5	0,51	63	75	0,07	63	62,5	0,16	50	68,8	0,26
MH	60	68	0,22	60	68	0,54	52	64	<0,01	48	60	<0,01	48	56	0,06	44	58	0,28

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

ОА было достоверно хуже, чем КЖ мужчин почти по всем показателям. Так, физическое функционирование (PF) у женщин было 55, а у мужчин 70 ($p=0,02$), ролевые ограничения вследствие физических проблем (RP) — 50 и 62,5 соответственно ($p=0,02$), ролевые ограничения вследствие эмоциональных проблем (RE) — 58,3 и 75 соответственно ($p=0,02$), жизнеспособность (E) — 45 и 55 соответственно ($p<0,01$), восприятие общего состояния здоровья (GH) — 35 и 43,5 соответственно ($p=0,01$), социальное функционирование — (SF) 62,5 и 62,6 соответственно ($p=0,02$, так как 25 и 75 процентиля у женщин ниже, чем у мужчин) и психическое здоровье (MH) — 48 и 52 соответственно ($p<0,01$). Только показатель физической боли (BP) у женщин и мужчин с ОА достоверно не отличался (41 и 41, $p=0,06$).

В популяции сельских жителей КЖ по всем показателям снижалось с увеличением возраста (табл. 2). Такая же тенденция наблюдалась и у больных ОА, за исключением физической боли (BP), которая была примерно на одном уровне вне зависимости от возраста. При сравнении показателей КЖ в различных возрастных группах у больных ОА и в популяции было выявлено, что почти по всем показателям КЖ было достоверно хуже у больных ОА в возрастных группах 40-49 (кроме социального функционирования) и 50-59 лет (кроме социального функционирования и ролевых ограничений вследствие физических проблем). В возрасте младше 30 лет КЖ у больных ОА было хуже, чем в популяции по показателям физической боли (BP) (41 и 84 соответственно, $p=0,01$), жизнеспособности (E) (50 и 70 соответственно, $p=0,01$) и восприятия общего состояния здоровья (GH) (47 и 65,8 соответственно, $p<0,01$). В возрастной группе 30-

39 лет только физическое функционирование (PF) было хуже у больных ОА, чем в популяции (90 и 95 соответственно, $p=0,01$), а по всем остальным показателям КЖ достоверно не различалось. В возрастной группе 60-69 лет достоверно хуже у больных ОА, чем в популяции были показатели физического функционирования (PF) (53 и 85 соответственно, $p<0,01$), физической боли (BP) (41 и 51 соответственно, $p=0,02$) и восприятия общего состояния здоровья (GH) (30 и 45,8 соответственно, $p<0,001$). А в возрасте старше 69 лет достоверных различий в КЖ у больных ОА и в популяции выявлено не было.

На момент начала наблюдения большинство пациентов (156 — 82,5%) отмечали боли в суставах различной давности (от нескольких дней до нескольких месяцев). Через 6 мес. таких пациентов было 124 (66,7%), а через год — 129 (71,3%) ($p>0,05$). Среди 33 больных, которых при первом осмотре боли в суставах не беспокоили, практически половина (14 чел.) через год отметили артралгии. В целом, количество суставов с болью в начале наблюдения в среднем на 1 чел. составило 3,3, через 6 мес. — 2,7, через год — 2,9 ($p>0,05$). Изменений в клинической картине заболевания по количеству больных, предъявлявших жалобы на боль, припухлость, утреннюю скованность, а также по данным объективного исследования не было. Характер болей в суставах у больных ОА также практически не изменился — все больные отмечали боль механического ритма. Таким образом, заболевание имело волнообразное течение без существенного прогрессирования в течение года наблюдения. Вместе с тем, и улучшение клинической картины также не было отмечено. Интенсивность боли по опроснику SF-36 стала меньше.

Показатели КЖ у больных ОА в динамике в течение года наблюдения представлены в табл. 3. Видно, что через год наблюдения по показателям физического функционирования (PF) (60 и 65, $p=0,107$) и ролевых ограничений вследствие эмоциональных проблем (RE) (58,3 и 66,7, $p=0,064$) достоверных изменений в КЖ не произошло, а по параметру социального функционирования (SF) несколько ухудшилось. КЖ по всем остальным показателям у женщин статистически значимо улучшилось, но так и не достигло уровня показателей в общей популяции.

Позитивная динамика произошла по показателям физической боли (BP) (41 и 50, $p<0,001$), ролевых ограничений вследствие физических проблем (RE) (50 и 75, $p=0,001$), восприятия общего состояния здоровья (GH) (35 и 62,5, $p<0,001$) и психического здоровья (MH) (48 и 52, $p<0,001$). У мужчин изначально КЖ было лучше, чем у женщин, и в течение года наблюдения его показатели не изменились.

На момент первого осмотра лечение по поводу ОА получали 76 (40,2%) чел. В течение первых 6 мес. наблюдения рекомендации, данные ревматологом при первом осмотре, хотя бы частично (т.е. выполнена хотя бы одна рекомендация) выполняли 93 (50%) чел., из них полностью — только 5 (2,6%) чел.

В течение следующих 6 мес. наблюдения доля больных, соблюдавших какие-либо рекомендации, составила 44,8% (81 чел.), из них полностью — 3 (1,7%) чел. В течение первых 6 мес. наблюдения соблюдали какие-либо рекомендации 78 (52,4%) женщин и 15 (40,5%) мужчин ($p<0,05$). Средний возраст больных, выполнявших рекомендации, не отличался от возраста больных, рекомендации не соблюдавших ($64,5\pm 9,0$ лет и $64,53\pm 8,53$ лет соответственно, $p=0,2$). В течение второго полугодия наблюдения доля женщин, соблюдающих рекомендации, уменьшилась и составила 40,9% (61 чел.), а мужчин — увеличилась до 62,5% (20 чел.), что привело к тому, что женщин,

Таблица 3. Динамика показателей качества жизни по SF-36 у больных с остеоартрозом в течение года наблюдения. Медиана (25 процентиль; 75 процентиль)

Показатели качества жизни	На начало исследования			Через 6 месяцев			Через 12 месяцев			p**	p***	p****
	общая группа больных (n=189)	мужчины (n=38)	женщины (n=151)	общая группа больных (n=186)	мужчины (n=36)	женщины (n=150)	общая группа больных (n=181)	мужчины (n=32)	женщины (n=149)			
PF	60,0 (35,0; 80,0)	70,0 (50,0; 88,8)	55,0 (35,0; 80,0)	70,0 (41,3; 85,0)	65,0 (50,0; 90,0)	70,0 (40,0; 80,0)	65,0 (40,0; 80,0)	70,0 (55,0; 95,0)	71,9 (56,3; 81,3)	0,107	0,938	0,028
RP	56,3 (37,5; 75,0)	62,5 (50,0; 75,0)	50,0 (31,3; 71,9)	68,8 (50,0; 81,3)	68,8 (50,0; 75,0)	62,5 (50,0; 81,3)	62,5 (50,0; 75,0)	71,9 (56,3; 81,3)	75,0 (58,3; 83,3)	<0,001	0,430	0,001
RE	58,3 (50,0; 75,0)	75,0 (58,3; 81,3)	58,3 (41,7; 75,0)	66,7 (50,0; 75,0)	75,0 (58,3; 83,3)	66,7 (50,0; 75,0)	66,7 (50,0; 75,0)	75,0 (58,3; 83,3)	41,0 (41,0; 90,0)	0,064	0,801	0,151
BP	41,0 (22,0; 51,0)	41,0 (41,0; 52,0)	41,0 (22,0; 51,0)	51,0 (41,0; 72,0)	41,0 (41,0; 62,0)	51,0 (41,0; 72,0)	41,0 (32,0; 62,0)	41,0 (41,0; 90,0)	50,0 (41,3; 60,0)	<0,001	0,371	<0,001
E	45,0 (35,0; 55,0)	55,0 (41,3; 70,0)	45,0 (35,0; 55,0)	50,0 (40,0; 60,0)	50,0 (45,0; 60,0)	50,0 (40,0; 60,0)	50,0 (35,0; 60,0)	50,0 (41,3; 60,0)	50,0 (31,3; 72,0)	0,043	0,738	0,077
GH	35,0 (25,0; 45,0)	43,5 (30,0; 57,0)	35,0 (20,0; 42,0)	40,0 (25,0; 54,3)	45,0 (35,0; 65,0)	40,0 (25,0; 50,0)	40,0 (25,0; 57,8)	50,0 (31,3; 72,0)	62,5 (50,0; 87,5)	<0,001	0,116	<0,001
SF	62,5 (50,0; 75,0)	62,5 (62,5; 75,0)	62,5 (50,0; 75,0)	62,5 (50,0; 75,0)	62,5 (50,0; 75,0)	62,5 (37,5; 75,0)	62,5 (37,5; 75,0)	62,5 (50,0; 87,5)	54,0 (52,0; 60,0)	0,032	0,305	0,262
MH	48,0 (40,0; 56,0)	52,0 (48,0; 56,0)	48,0 (36,0; 56,0)	48,0 (40,0; 56,0)	52,0 (48,0; 60,0)	48,0 (36,0; 56,0)	52,0 (48,0; 60,0)	54,0 (52,0; 60,0)	52,0 (44,0; 60,0)	<0,001	0,519	<0,001

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, ** — статистическая значимость различия на начало и конец наблюдения в общей группе больных ОА, *** — статистическая значимость различия на начало и конец наблюдения в группе мужчин с ОА, **** — статистическая значимость различия на начало и конец наблюдения в группе женщин с ОА.

Таблица 4. Структура лечения у больных с остеоартрозом в течение года наблюдений

Препараты и методы, использованные в лечении	Число больных в начале наблюдения (n=189)	Число больных через год (n=181)	p
Лечение, назначенное ревматологом			
Парацетамол	0	0	
НПВП (в любой форме)	34 (18%)	104 (57,5%)	<0,05
Анальгетики	9 (4,8%)	15 (8,3%)	>0,05
Глюкозамин сульфат и/или хондроитин 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 (2,8%)	>0,05
- стельки	0	1 (0,6%)	>0,05
Физиолечение	0	14 (7,7%)	<0,05
Лечение, проводившееся пациентом самостоятельно			
Витамины (гр. В, РР)	0	42 (23,2%)	<0,05
БАД	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

соблюдавших рекомендации, стало меньше, чем мужчин ($p < 0,05$). Средний возраст больных, соблюдавших рекомендации, не отличался от возраста тех, кто рекомендации не соблюдал ($62,6 \pm 12,5$ лет и $65,5 \pm 8,96$ лет соответственно, $p = 0,2$).

В табл. 4 перечислены все методы лечения, фактически проведенные больными ОА в течение года наблюдения. Парацетамол для купирования болевого суставного синдрома больные не использовали. На момент начала исследования НПВП (в любой форме) принимали 18% больных ОА, через год их доля увеличилась до 57,5% ($p < 0,05$). При оценке структуры принимаемых таблетированных НПВП было выявлено, что до начала исследования индометацин и диклофенак использовали по 8 (23,5%) больных из числа всех пациентов, принимающих НПВП. Наибольшее количество больных — 13 (38,2%) принимали ибупрофен. Через год наблюдения количество пациентов, использовавших индометацин и ибупрофен увеличилось до 14 и 36 чел. соответственно. Однако, в относительных величинах число больных, принимавших индометацин, достоверно уменьшилось до 13,5 % ($p < 0,05$), а число больных, принимавших ибупрофен, не изменилось (34,6%, $p > 0,05$). Число больных, принимавших диклофенак, увеличилось до 39 чел. (37,5%) ($p < 0,05$). Местное лечение в начале наблюдения применяли 31 (16,4%) чел., через год число таких больных увеличилось до 91 (50,3%), $p < 0,05$. Симптоматические средства медленного действия принимали 12 (6,6%) больных, до начала наблюдения препараты данной группы в лечении не использовались. В течение года

19 (10,5%) больных проводили ЛФК, тогда как до начала наблюдения ни один больной с ОА не делал никаких упражнений для разработки суставов. Кроме лечения, рекомендованного ревматологом, больные по поводу ОА проводили и другое лечение. Витамины в/м использовали 42 (23,2%) чел., препараты, влияющие на метаболизм — 19 (10,5%) чел. «Народные средства» (настойки и таблетки на основе различных растений и грибов) больные применяли для лечения как в начале наблюдения (20 (10,6%) чел.), так и через год (39 (21,5%) чел.).

Таким образом, практически единственным способом лечения в течение всего периода наблюдения был прием НПВП. Очевидно, это связано с тем, что больные впервые узнали о возможности использования препаратов данной группы для лечения ОА, так как до осмотра их ревматологом большинство пациентов по поводу болей в суставах к врачам не обращалось.

На фоне проведенного лечения количество пациентов, жалующихся на боли в суставах, и количество больных суставов не изменились. Однако, качество жизни по некоторым показателям (физическая боль, ролевые ограничения вследствие физических проблем, восприятие общего состояния здоровья) стало лучше.

Различий в КЖ у больных ОА, лечившихся по рекомендациям ревматолога и рекомендаций не выполнявших, за время наблюдения выявлено не было.

Обсуждение

M.A.G. Strangers было показано [13], что показатели качества жизни (оцениваемые по

SF-36) у больных мышечно-скелетной патологией достоверно хуже, чем у пациентов с сердечно-сосудистой, респираторной и желудочно-кишечной патологией.

По результатам нашего исследования, проведенного среди сельских жителей, установлено снижение всех показателей КЖ у больных с ОА по сравнению с контрольной группой. Это подтверждают и данные исследования КЖ у городского населения России [9].

Нами было выявлено, что у женщин намного хуже общее состояние здоровья, чем у мужчин, у них больше снижается физическая активность, хотя у мужчин болевые ощущения не меньше, чем у женщин. Эти данные согласуются с результатами других исследований [9].

Заболевание имеет волнообразное течение, и именно с этим связано то, что показатели боли за время нашего наблюдения то улучшались, то ухудшались. Наши данные согласуются с результатами 7-летнего исследования, проведенного в Великобритании [14]. Поэтому для понимания природы этого заболевания, как и другой костно-мышечной патологии, сопряженной с ограничением подвижности и длительным болевым синдромом, недостаточно использовать критерии, характеризующие только физическую «составляющую» заболевания.

В процессе исследования установлено, что очень мало больных получают рекомендованное лечение, несмотря на регулярные осмотры ревматолога. Приверженность больных такому лечению крайне низкая, лечение по составу не адекватно (НПВП, анальгетики, различные мази и втирания, хондропротекторы, ГКС внутрисуставно и/или периартикулярно, витамины, биостимуляторы, БАД, ЛФК, физиолечение, применение суппортов и супинаторов). Основным способом лечения являются НПВП. О возможности их приема многие больные узнали от ревматолога (доля больных, принимающих НПВП, увеличилась).

В динамике наблюдения качество жизни больных ОА улучшилось, но эта динамика не зависела от лечения и не сопровождалась реальным улучшением клинической картины. Видимо, низкое качество жизни при ОА, в первую очередь, обусловлено болью. Скорее всего, и улучшение КЖ обусловлено тем, что больные стали принимать НПВП. За год наблюдения качество жизни у женщин улучшилось (у мужчин — нет). Вероятно, это и объясняет, что приверженных лечению женщин стало меньше, а доля приверженных мужчин увеличилась. Это говорит о том, что пациенты не понимают, что кроме приема обезболивающих препаратов надо еще что-нибудь делать, так как им не было это объяснено.

Нами выявлено, что КЖ больных, получивших лечение, рекомендованное ревматологом, не отличается от КЖ не лечившихся по данным рекомендациям пациентов. Это позволяет сделать вывод, что лечение, которое обычно назначают в поликлинике, не влияет на качество жизни больных ОА, а консультации ревматолога мало эффективны и не изменяют клиническую картину заболевания. Эффективными вмешательствами наиболее выгодными с точки зрения экономических затрат и улучшения показателей качества жизни являются адекватная физическая тренировка, обучающие программы. Поэтому в практику надо внедрять именно эти методы лечения.

Литература

1. Report of a WHO scientific group. The burden of musculoskeletal diseases at the start of the new millennium. Geneva: World Health Organisation, Technical Report Series; 2003.
2. Jordan J.M., Linder G.F., Renner J.B., Fryer J.G. The impact of arthritis in rural populations. *Arthritis Care Res* 1995; 8 (Suppl.4): 242-50.
3. Cvijetic S., Kurtagic N., Ozegovic D.D. Osteoarthritis of the hands in the rural population: a follow-up study. *Eur J Epidemiol* 2004; 19 (Suppl.7): 687-91.
4. Croft P., Coggon D., Cruddas M., Cooper C. Osteoarthritis of the hip: an occupational disease in farmers. *BMJ* 1992; 304: 1269-72.
5. Cimmino M.A., Sarzi-Puttini P., Scarpa R., et al. Clinical presentation of osteoarthritis in general practice: determinants of pain in Italian patients in the AMICA study. *Semin Arthritis Rheum* 2005; 35 (Suppl.1): 17-23.
6. Протопопова Р.Н., Эрдес Ш., Кривошапкин В.Г. Эпидемиологическое исследование распространенности остеоартроза среди коренных жителей Республики Саха (Якутия). Сообщение 2. *Научно-пр. Ревм.* 2000; 3: 28-33.
7. Беневоленская Л. И. Ержезовский М. М. Эпидемиология ревматических болезней. М.: Медицина; 1988.
8. Coons J., Rao S., Keininger D.L., Hays R.D. Comparative review of generic quality of life instruments. *Pharmacoeconomics* 2000; 17 (Suppl.1): 13-35.
9. Михайлова А. Е., Кривошапкин В. Г., Протопопова Р. Н., Эрдес Ш. Ф. Качество жизни больных остеоартрозом в г. Якутске. *Научно-практ. ревматол* 2005; 2: 11-13.
10. Altman R., Alarcón G., Appelrouth D. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the hip. *Arthritis Rheum* 1991; 34 (Suppl.5): 505-14.
11. Altman R., Asch E., Bloch D., et al. Development of criteria for the classification and reporting of osteoarthritis. Classification of osteoarthritis of the knee. Diagnostic and Therapeutic Criteria Committee of the American Rheumatism Association. *Arthritis Rheum* 1986; 29 (Suppl.8): 1039-49.
12. Андриянова О.В., Солодовников А.Г., Закроева А.Г., Лесняк О.М. Эпидемиология хронических неинфекционных заболеваний и показатели качества жизни сельского населения Свердловской области. *Урал. мед. журнал* 2007; 11 (39): 14-19.
13. Strangers M.A.G., de Regt E.B., Andries F. Which chronic conditions are associated with better poorer quality of life? *J Clin Epidemiol* 2000; 53: 895-907.
14. Peters T.J., Sanders C., Dieppe P., Donovan J. Factors associated with change in pain and disability over time: a community-based prospective observational study of hip and knee osteoarthritis. *Br J Gen Pract* 2005; 55 (Suppl.512): 205-11.