

ДОСЛІДЖЕННЯ АРТРОЛОГІЧНОГО СТАТУСУ ХВОРИХ НА ГОНАРТРОЗ

Андрійчук О. Я.

Волинський національний університет ім. Лесі Українки

Анотація. Розглянуто сучасні погляди на опитувальники, які застосовуються для оцінки артрологічного статусу хворих на гонартроз, та складові альгофункціонального індексу Лекена. У дослідженні використано дані анкетного опитування 134 хворих на гонартроз II і III рентгенологічних стадій. Наведено дані щодо розподілу хворих у залежності від ступеня тяжкості захворювання. Встановлено позитивну динаміку всіх складових артрологічного статусу хворих на гонартроз в результаті проведеного лікування та фізичної реабілітації.

Ключові слова: артрологічний статус, гонартроз, індекс Лекена.

Аннотация. Андрійчук О. Я. Исследование артрологического статуса больных гонартрозом. Рассмотрены современные взгляды на опросники, которые применяются для оценки артрологического статуса больных гонартрозом, и составляющие альгофункционального индекса Лекена. В исследовании использованы данные анкетного опроса 134 больных гонартрозом II и III рентгенологических стадий. Приведены данные о распределении больных в зависимости от степени тяжести заболевания. Установлена позитивная динамика всех составляющих артрологического статуса больных на гонартроз в результате проведенного лечения и физической реабилитации.

Ключевые слова: артрологический статус, гонартроз, индекс Лекена.

Abstract. Andriychuk O. The investigation of arthrological status of patients suffering from gonarthrosis.

The modern views for questioning ill people were considered those are used for estimation of arthrological status of patients ill with gonarthrosis and constituents of Lequesne's index. The data of a questionnaire of 134 patients suffering from gonarthrosis of I and III radiological stages were used in this investigation. Besides, it was given the information about distinguishing of patients depending on the stage of their illness. The positive dynamics of all constituents of arthrological status of patients is established on gonarthrosis as a result of the carried out treatment and physical rehabilitation.

Key words: arthrological status, gonarthrosis, Lequesne's index.

Актуальність. На сьогодні в структурі загальної захворюваності населення України хвороби опорно-рухового апарату посідають одну з лідируючих позицій. До того ж, таке захворювання суглобів, як остеоартроз має хронічний прогресуючий перебіг та призводить до втрати працездатності й інвалідності значного відсотка хворих з цією патологією [6]. Кожен третій ортопедичний хворий страждає від остеоартрозу, що вражає від 6,4 до 12 % населення. Серед осіб старше 65 років ознаки остеоартрозу спостерігаються у 68 % жінок і 58 % чоловіків. Останніми роками непрацездатність, зумовлена остеоартрозом, зросла у 3–5 разів. За прогнозами ВООЗ, у найближчі 10 років остеоартроз займатиме четверту позицію серед причин інвалідності у жінок та восьму в чоловіків [7; 9]. Хронічний больовий синдром, який супроводжує прогресування хвороби, обмеження функцій суглобів значно знижують якість життя хворих.

Для моніторингу стану здоров'я хворих на остеоартроз, змін, які відбуваються в їх функціональному стані під впливом лікування та реабілітації, необхідно використовувати спеціально розроблені засоби та методики [1].

На нашу думку, вивчення методик, які найкращим чином відповідали б меті застосування, були б придатними для використання і які б визначали вплив проведеного лікування та фізичної реабілітації на динаміку артрологічного статусу хворих на гонартроз, є актуальним питанням.

Робота виконана за планом НДР Волинського національного університету ім. Лесі Українки.

Мета – визначити ступінь тяжкості гонартрозу в залежності від рентгенологічної стадії захворювання та проаналізувати зміни артрологічного статусу хво-

рих у результаті проведеного запропонованого курсу лікування та фізичної реабілітації.

Завдання – вивчити сучасні погляди науковців щодо методик оцінки артрологічного статусу хворих на остеоартроз; провести анкетування для вирахування альгофункціонального індексу Лекена на початку дослідження та після курсу лікування та реабілітації; проаналізувати зміни у відповідях респондентів для подальшого використання у практичній діяльності.

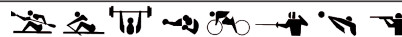
Матеріали і методи дослідження: у дослідженні брали участь 134 пацієнти Луцької міської клінічної лікарні, хворих на остеоартроз колінних суглобів II і III рентгенологічної стадії.

Під час дослідження ми використовували такі методи: анкетування, опитування, аналіз, порівняння, систематизація отриманих даних, методи математичної статистики.

Виклад основного матеріалу. Існує велика кількість засобів, які використовуються для дослідження функціонального стану пацієнтів, ефективності застосування медикаментів, реабілітаційних програм тощо. Проте для забезпечення однакових підходів до трактування артрологічного статусу хворих на остеоартроз рекомендовано використовувати стандартизовані підходи [8].

Використання анкет, опитувальників для самооцінки тяжкості захворювання пацієнтів є важливим елементом, адже тільки хворий у змозі адекватно оцінити ступінь власного задоволення різними аспектами життя та вплив на них симптомів захворювання. Існує багато опитувальників. Їх класифікують за специфічністю: загальні та спеціальні.

Загальні опитувальники містять загальні запитання та використовуються, як правило, для оцінки функціональної здатності та якості життя практично здоро-



вих людей та хворих на різні захворювання. Спеціальні анкети розраховані для виявлення впливу симптомів певного захворювання на якість життя хворого.

Опитувальники, які використовуються, повинні відповідати таким характеристикам:

- *охоплення* – містити питання, що стосуються всіх сфер життєдіяльності людини: фізичної, психологічної, соціальної, духовної, фінансової;
- *надійність* – питання повинні бути поставлені так, щоб респондент зміг однозначно і точно відтворити результати при повторних опитуваннях;
- *валідність* – питання мають достовірно висвітлювати саме ту ознаку, яка досліджується;
- *реактивність* – відповіді на питання повинні відображати динаміку зрушень, які відбуваються в житті та здоров'ї респондента.

За об'ємом розрізняють повні та скорочені форми опитувальників. Повні форми дозволяють детально з'ясувати всі аспекти якості життя з максимальною оцінкою всіх її компонентів. За допомогою повних форм вдається врахувати вплив багатьох чинників, пов'язаних як зі здоров'ям, так і з іншими аспектами життя. Крім того, вони дозволяють повніше та точніше оцінити динаміку показників якості життя у кожному індивідуальному випадку. Втім переваги досягаються за рахунок збільшення об'єму через велику кількість запитань, що вимагає терпіння та уваги як від пацієнта під час заповнення, так і від дослідника під час обробки отриманих результатів [10].

Групою з оцінки кінцевих точок у ревматологічних клінічних дослідженнях (Outcome Measures in Rheumatology Clinical Trials – OMERACT) було визначено базові принципи їх вимірювання у хворих на остеоартроз колінних суглобів, якими стали: біль, збережена фізична функція суглобів (виконання повсякденної діяльності) і загальна оцінка стану здоров'я пацієнта. З метою оцінки тяжкості остеоартрозу колінного суглоба загальноприйнятим вважається на сьогодні використання альгофункціонального індексу Лекена (Lequesne) [3–5; 8]. Він являє собою відкритий опитувальний лист для самостійного заповнення хворим (якщо це неможливо, то із залученням сторонньої допомоги). Відповідь на кожне питання оцінюється в балах від 0 до 2. Тяжкість гонартрозу визначається сумою балів: 1–4 – слабо виражений, легкий; 5–7 – середньої важкості, помірний; 8–10 – виражений, важкий; 11–12 – значно виражений, дуже важкий; більше 12 – різко виражений, вкрай важкий. Анкета-опитувальник має три показники: біль чи дискомфорт, максимальна відстань при ходьбі без болю й функціональна активність. Дослідження показника болю або дискомфорту включає в себе низку характеристик:

- біль уночі: немає (0); тільки при рухах у певних положеннях (1); навіть без рухів (2).
- уранішня скутість чи біль після вставання з ліжка: немає чи менше 1 хв (0); менше 15 хв (1); 15 хв і більше (2).
- збільшення вираженості білу після стояння на ногах упродовж 30 хв: немає (1); є (2).
- біль при ходьбі: не виникає (0); виникає тільки після проходження певної дистанції (1); виникає з самого початку й потім лише посилюється (2).
- біль чи дискомфорт при вставанні без допомоги рук з положення сидіння: немає (0); є (1).

Визначення максимальної дистанції при ходьбі

без болю теж оцінюється в балах: 0 – немає обмежень; 1 – більше 1 км, але є утруднення; 2 – близько 1 км; 3 – дистанція 500–900 м; 4 – дистанція 300–500 м; 5 – дистанція 100–300 м; 6 – дистанція менше 100 м; 1 бал додається, якщо хворий користується однією палицею чи милицею; 2 бали додаються, якщо є необхідність у користуванні двома палицями чи милицями.

При вивченні функціональної активності відповіді хворих на запитання мають градацію в балах: 0 – вільно виконую; 1 – виконую з певними утрудненнями; 2 – неможливо виконати. Питання, які входять до опитувальника: Чи можете Ви пройти вгору прогін східцями? Чи можете Ви пройти вниз один прогін східцями? Чи можете Ви прибрати нижню полицю шафи, стоячи на колінах? Чи можете Ви йти нерівною дорогою? Чи виникає у Вас штрикаючий біль чи раптове відчуття втрати опори в ураженій кінцівці (іноді – 1 бал; часто – 2 бали).

Зі 134 хворих на гонартроз, які входили до основної групи, брали участь у дослідженні, з II рентгенологічною стадією було 79 хворих (32 чоловіки та 47 жінок), з III – 55 хворих (15 чоловіків та 40 жінок), що становить 59 і 41 % відповідно. Середній вік $57 \pm 5,4$. Тривалість хвороби від 5 до 12 років.

Усі хворі були обстежені лікуючим лікарем. Вони, окрім медикаментозного лікування, були залучені до програми фізичної реабілітації: відвідували лікувальний масаж, механотерапію, фізіотерапевтичні процедури, включаючи НІЛО, була запропонована дієтотерапія та психологічні консультації. Програму фізичної реабілітації побудовано на основі методологічного підходу [2]. До програми не входили особи, які мали травматологічні, неврологічні порушення, а також загострення важких соматичних захворювань. Тривалість лікувальної та реабілітаційної програми складала 10–21 день під безпосереднім спостереженням лікаря, реабілітолога, медичного персоналу.

Підсумовуючи відповіді респондентів, ми отримали такі дані: до початку лікування у чоловіків, хворих на гонартроз II рентгенологічної стадії, 6 % (2 хворих) мали помірний ступінь хвороби, 69 % (22 чоловіки) мали важкий ступінь тяжкості і 25 % (8 чоловіків) – дуже важкий ступінь. Серед жінок, хворих на гонартроз III рентгенологічної стадії, у 2 % (1 хворої) відмічено помірну ступінь важкості остеоартрозу, у 72 % (34 пацієнтки) – важкий ступінь тяжкості, у 26 % (12 хворих) було виявлено дуже важкий ступінь захворювання.

Розподіл хворих на остеоартроз колінного суглоба III рентгенологічної стадії, згідно з відповідями на опитувальник, мав таких вигляд: серед чоловік 7 % (1 хворий) мали помірний ступінь тяжкості гонартрозу, 13 % (2 чоловіків) – важкий ступінь тяжкості дегенеративно-дистрофічних процесів, 60 % (9 респондентів) – дуже важкий ступінь тяжкості недуги та 20 % (3 хворих) мали вкрай важкий ступінь гонартрозу. Серед жінок, хворих на гонартроз цієї ж рентгенологічної стадії, результати розподілу приблизно такі ж: 4 % (2 хворі) мали помірний ступінь тяжкості остеоартрозу, у 10 % (4 пацієнтки) був виявлений важкий ступінь захворювання, 70 % (28 жінок) «набрали» 11–12 балів, що відповідає дуже важкому ступеню гонартрозу і у 16 % (6 жінок) був у край важкий ступінь захворювання (табл. 1).



Таблиця 1

Розподіл хворих на гонартроз II–III рентгенологічної стадії згідно з показниками індексу Лекена (на початку дослідження)

Рентгенологічна стадія	Стать	Ступінь тяжкості гонартрозу			
		Помірний (5–7 балів)	Важкий (8–10 балів)	Дуже важкий (11–12 балів)	Украй важкий (більше 12 балів)
II	Ч (n=32)	2 (6 %)	22 (69 %)	8 (25 %)	–
	Ж (n=47)	1 (2 %)	34 (72 %)	12 (26 %)	–
III	Ч (n=15)	1 (7 %)	2 (13 %)	9 (60 %)	3 (20 %)
	Ж (n=40)	2 (4 %)	4 (10 %)	28 (70 %)	6 (16 %)

Таблиця 2

Розподіл хворих на гонартроз II–III рентгенологічної стадії згідно з показниками індексу Лекена (після проведеного курсу лікування та фізичної реабілітації)

Рентгенологічна стадія	Стать	Ступінь тяжкості гонартрозу			
		Помірний (5–7 балів)	Важкий (8–10 балів)	Дуже важкий (11–12 балів)	Украй важкий (більше 12 балів)
II	Ч (n=32)	10 (32 %)	19 (59 %)	3 (9 %)	–
	Ж (n=47)	13 (27 %)	29 (62 %)	5 (11 %)	–
III	Ч (n=15)	2 (14 %)	6 (40 %)	7 (46 %)	–
	Ж (n=40)	5 (13 %)	14 (35 %)	21 (53 %)	–

Таблиця 3

Показники індексу Лекена, бали

Показники	На початку дослідження				Після курсу лікування та фізичної реабілітації							
	II рентген. стадія		III рентген. стадія		II рентген. стадія				III рентген. стадія			
	Ч (n=32)	Ж (n=47)	Ч (n=15)	Ж (n=40)	Ч (n=32)		Ж (n=47)		Ч (n=15)		Ж (n=40)	
Біль або дискомфорт	4,7	4,9	6,0	6,0	1,6	65,9 %*	1,4	71,4 %*	3,2	46,6 %*	3,3	45 %*
Максимальна дистанція при ходьбі без болю	2,2	2,1	6,0	6,2	1,6	27,3 %*	1,5	28,6 %*	4,1	31,7 %*	4,4	29 %*
Функціональна активність	4,0	4,1	7,0	7,6	1,8	55 %*	2,0	51,2 %*	3,7	47,1 %*	3,9	48,7 %*
Сумарний індекс Лекена	10,9	11,1	19,0	19,8	5,0	49,4 %*	4,9	50,4 %*	11,0	41,8 %*	11,6	40,9 %*
Середнє значення індексу Лекена	11,0		19,4		4,9 (50 %*)				11,3 (41 %*)			

Примітка: * – відсоток покращення показника

При аналізі отриманих даних стає очевидним, що з прогресуванням дегенеративно-дистрофічних процесів (підвищенням рентгенологічної стадії захворювання) збільшуються прояви недуги та тяжкість гонартрозу.

Повторне опитування хворих після проведеного курсу лікування та запропонованої програми фізичної реабілітації виявили такі результати: серед чоловіків,

хворих на гонартроз II рентгенологічної стадії, дуже важкий ступінь був у 9 % (3 хворих), важкий ступінь – у 59 % (19 чоловіків) і помірний ступінь тяжкості гонартрозу був зафіксований у 32 % опитаних (10 хворих), що становить 26 % покращення. Досліджуючи відповіді жінок щодо ступеня тяжкості гонартрозу, ми виявили такі результати: дуже важкий ступінь тяжкості залишився у 5 пацієнток (11 %), важкий ступінь – у

29 жінок (62 %) і помірний ступінь тяжкості захворювання був зафіксований у 13 хворих (27 %), що складає 25 % покращення.

Суттєві рентгенологічні ознаки III ступеня свідчать про значні дегенеративно-дистрофічні процеси в суглобах, які відображаються на результатах лікування та реабілітації. Чоловіки, відповідаючи на питання опитувальника, практично порівну розділились на дві групи: 7 хворих (46 %) з дуже важким ступенем гонартрозу, 6 (40 %) з важким ступенем і лише 2 пацієнти (14 %) з помірним ступенем тяжкості остеоартрозу. 53 % жінок (21 хвора) мають дуже важкий ступінь гонартрозу, 35 % (14 хворих) – важкий ступінь і 5 респондентів (13 %) – помірний ступінь тяжкості остеоартрозу (табл. 2).

Детальний аналіз відповідей респондентів щодо основних показників, які складають альгофункціональний індекс Лекена виявив, що хворих на гонартроз II рентгенологічної стадії більш за все турбує біль чи дискомфорт (4,7–4,9 бала), на другому місці проблеми з функціональною активністю (4,0–4,1), тоді як у хворих на гонартроз III рентгенологічної стадії найбільшу кількість балів «набрали» функціональна неспроможність (7,0–7,6), біль, дискомфорт і можливість ходьби турбують в однаковій мірі (6,0–6,2). Детальні дані подано в табл. 3.

Аналізуючи динаміку змін, ми виявили, що у хворих на гонартроз II–III рентгенологічної стадії найбільш суттєве покращення, у результаті проведеного курсу

лікування та фізичної реабілітації, відзначалось щодо больових відчуттів, дискомфорту та функціональної активності. Щоправда, майже у третини хворих з II рентгенологічної стадією та у половини з III стадією гонартрозу біль як симптом гонартрозу залишається. Функціональна активність покращилась, у певній мірі, у 47–55 % хворих. Дистанція ходьби без болю збільшилась у 27–32 % хворих.

Висновок. Отже, аналізуючи сучасні підходи до визначення артрологічного статусу хворих на гонартроз, ми з'ясували, що до загальноприйнятих методик належить розрахунок альгофункціонального індексу Лекена за розробленим опитувальником. Необхідно зазначити, що саме цей тест Європейська антиревматична ліга рекомендувала як критерій ефективності для проведення клінічних досліджень у хворих на остеоартроз. Вивчивши розподіл пацієнтів за ступенем тяжкості гонартрозу, ми з'ясували, що при II рентгенологічній стадії переважає важкий ступінь, а при III – дуже важкий ступінь тяжкості захворювання. Запропонована програма фізичної реабілітації як доповнення до базового лікування виявилась ефективною – відмічена позитивна динаміка всіх складових артрологічного статусу хворих на гонартроз.

До подальших перспективних планів дослідження ми відносимо порівняння отриманих даних з даними хворих, які лікувались за традиційною схемою, та в динаміці.

Література:

1. Андрійчук О. Я. *Діагностика остеоартрозу: вибір основних критеріїв* / Андрійчук О. Я. // *Наукові записки* : [збірник наукових статей] / [укл. Л. Л. Макаренко]. – К. : Вид-во НПУ імені М. П. Драгоманова, 2011. – Вип. 94. – С. 9–18.
2. Андрійчук О. Я. *Методологія фізичної реабілітації хворих на гонартроз* / Андрійчук О. Я. // *Матеріали I Всеукраїнської науково-практичної інтернет-конференції «Вітчизняна наука: сучасний стан, актуальні проблеми та перспективи розвитку» (29–31 жовтня 2011 р.)* : [електронний збірник наукових праць]. – Переяслав-Хмельницький, 2011. – С. 248–249.
3. Боєва І. А. *Визначення ступеня активності запалення в хворих з остеоартрозом колінних суглобів на підставі клінічних і лабораторно-інструментальних зіставлень* / І. А. Боєва, І. І. Здиговська // *Міжнародний вісник медицини*. – 2008. – Т. 1. – Вип. 3–4. – С. 196–200.
4. Борткевич О. П. *Сучасні принципи оцінки артрологічного статусу хворих на остеоартроз* / Борткевич О. П. // *Здоров'я України*. – 2010. – № 2. – С. 8.
5. *Остеоартроз: генезис, діагностика, лікування* / [О. А. Бур'янов, Т. М. Омельченко, О. Е. Міхневич та ін.] / [за ред. О. А. Бур'янова, Т. М. Омельченка]. – К. : Ленвіт, 2009. – 208 с.
6. Герасименко С. І. *Сучасні підходи до комплексного лікування остеоартрозу* / С. І. Герасименко, О. П. Борткевич, О. Є. Лоскутов // *Здоров'я України*. – 2007. – № 20. – С. 60–61.
7. Здиговская И. И. *Остеоартроз: современное состояние проблемы* / И. И. Здиговская, Н. И. Шпилева // *Здоров'я України*. – 2009. – № 24. – С. 54–55.
8. Коваленко В. Н. *Остеоартроз. Практическое руководство* / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. – [2-е изд. перераб. и доп.]. – К. : Морион, 2005. – 592 с.
9. Корж Н. А. *Остеоартроз: Консервативная терапия* / Н. А. Корж, А. Н. Хвисюк, Н. В. Дедух и др. – Х. : Золотые страницы, 2007. – 424 с.
10. Ягенський А. В. *Оцінка якості життя у сучасній медичній практиці* : [електронний ресурс] / А. В. Ягенський, І. М. Січкарук // *Внутрішня медицина*. – 2007. – № 3. – Режим доступу : <http://internal.mif-ua.com/archive/issue-178/article-418/print.html>