

СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИИ И КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ И РЕВМАТОИДНЫМ АРТРИТОМ

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
Поликлиника № 22 г. Минска²

Объектом исследования являются пациенты с ревматоидным артритом и остеоартритом ряда поликлиник г. Минска, сопоставимых по гендерно-возрастному составу, длительности заболевания, образованию, наличию сопутствующей патологии.

Цель исследования: изучить состояние адаптации организма и качество жизни пациентов с ревматоидным артритом и остеоартритом в амбулаторных условиях.

В результате исследования установлено, что ревматоидный артрит протекает с более выраженным суставным синдромом и в большей степени инвалидизирует пациентов, сопровождается достоверно более низким уровнем иммунно-эндокринного звена адаптации, чем остеоартрит. Показатели КЖ пациентов с ревматоидным артритом достоверно более низкие по сравнению с пациентами с остеоартритом по шкалам: PF (физической активности), SF (социального функционирования) и GH (общего восприятия здоровья).

Ключевые слова: остеоартрит, ревматоидный артрит, качество жизни, адаптация организма.

I. L. Mesnikova, E. V. Seniuta

THE ADAPTATION OF THE ORGANISM AND THE QUALITY OF LIFE OUTPATIENT WITH RHEUMATOID ARTHRITIS AND OSTEOARTHRITIS

The objects of research are the patients with rheumatoid arthritis and osteoarthritis of some Minsk policlinics.

The aim is to research the adaptation of the organism and the quality of life outpatient with rheumatoid arthritis and osteoarthritis.

Our results show that rheumatoid arthritis proceeds with more distinct articular syndrome than and osteoarthritis and disabling more. Also we found that rheumatoid arthritis accompanied with lower values of immune-endocrine link of adaptation.

Quality of life indicators in rheumatoid arthritis patients are significantly lower then in osteoarthritis patients on scales: PF (physical function), SF (social functioning) and GH (the general perception of health).

Key words: osteoarthritis, rheumatoid arthritis, quality of life, adaptation of the organism.

Остеоартрит (ОА) и ревматоидный артрит (РА) являются важной медико-социальной проблемой вследствие распространенности этих заболеваний, прогрессирующего инвалидизирующего течения, значительного экономического ущерба, связанного с прямыми затратами на медицинское обслуживание и прочее [6].

Установлено, что состояние здоровья человека в значительной степени зависит от полноценности

иммунной защиты. Нарушения в системе иммунитета лежат в основе патогенеза большого числа заболеваний, включая воспалительные процессы в суставах [9].

Нарушения иммунологической реактивности влияют на состояние адаптации организма, позволяющей приспосабливаться к изменяющимся условиям окружающей среды. Процесс адаптации можно представить как взаимодействие регуля-

торных (центральной и вегетативной нервной систем, эндокринной и иммунной систем) и регулируемых систем (органы и ткани). Общее состояние организма, в т.ч. его уровень здоровья и степень снижения неспецифической резистентности, определяются, главным образом, развитием одной из общих неспецифических адаптационных реакций (тренировки, спокойной активации, повышенной активации, переактивации и стресса), которые являются качественно различными категориями. Существует и такое понятие, как уровень реактивности. В зависимости от сочетания типа адаптационной реакции и уровня реактивности организма, условно выделяют три категории людей: здоровые (физиологическая норма), больные (срыв адаптации) и лица в состоянии предболезни (донозологическое состояние или напряжение механизмов адаптации) [2, 3, 4]. Состояние различных адаптационных систем организма может быть исследовано по нескольким направлениям. Одним из них является оценка состояния эндокринного и иммунного звена адаптации по лейкоцитарной формуле общего анализа крови и специальному опроснику (методика Л. Х. Гаркави с соавт.) [1].

Развитие и поддержание в организме гармоничного состояния адаптации помогает смягчить действие неблагоприятных факторов на организм в целом. При этом нарушения адаптации организма могут отрицательно влиять на качество жизни (КЖ), которое является интегральной характеристикой физического, психического, эмоционального и социального функционирования больного, основанного на его субъективном восприятии [5].

В настоящее время вышеуказанная область исследования является социально и экономически значимой, но вместе с тем остается недостаточно изученной.

Цель исследования: провести сравнительный анализ состояния адаптации организма и качества жизни пациентов с ОА и РА на амбулаторном этапе реабилитации.

Материал и методы

На базе ряда поликлиник г. Минска проведено открытое проспективное исследование, включавшее 2 группы по 25 пациентов с ОА и РА в каждой, сопоставимых по гендерно-возрастному составу, длительности заболевания, образованию, наличию сопутствующей патологии. В исследование не включались лица с сопутствующими хроническими заболеваниями в стадии декомпенсации или требующие активной терапии с использованием более трех препаратов, с онкологическими заболеваниями.

В группу № 1 входили больные ОА (средний возраст $59,4 \pm 2,3$ лет), в группу № 2 – лица, страдающие РА (средний возраст $58,1 \pm 0,9$ лет). В каждой из групп было по 22 женщины (88%) и 3 мужчин (12%). Средняя длительность заболевания в группе № 1 и в группе № 2 статистически не различалась и была соответственно $8,9 \pm 1,6$ и $11,7 \pm 1,1$ лет.

Контрольную группу составили 30 практически здоровых лиц того же гендерно-возрастного состава (при исследовании КЖ).

Всем пациентам были проведены следующие методы обследования: клинический; лабораторный и рентгенологический в соответствии с принятым протоколом; оценка функциональных возможностей по Станфордской анкете оценки здоровья (HAQ) в баллах [8]; общая оценка боли и оценка боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ) [10]; оценка иммунно-эндокринного звена адаптации организма по методике Л. Х. Гаркави с соавт. [2]; валидизированная русская версия опросника The RAND-36-Item Health Survey (обзор здоровья, содержащий 36 вопросов) [7].

Достоверность результатов исследования оценивалась методом вариационной статистики с использованием критерия t Стьюдента. Значения величин представлялись в виде средних и стандартных ошибок ($M \pm m$). Сравнение частотных характеристик проводили с использованием статистики χ^2 и критерия Макнемара. Различие между параметрами считали статистически достоверным при $P < 0,05$.

Результаты и обсуждение

Общая характеристика пациентов с ОА и РА представлена в таблице 1.

Таблица 1. Общая характеристика пациентов обеих групп наблюдения, $M \pm m$

Признак	Группа 1 (n = 25)	Группа 2 (n = 25)
Средний возраст, лет	$58,1 \pm 0,9$	$59,4 \pm 2,3$
Средняя длительность заболевания, лет	$8,9 \pm 1,6$	$11,7 \pm 1,1$
Пол: чел. (%):		
женщины	22 (88%)	22 (88%)
мужчины	3 (12%)	3 (12%)
Образование: чел. (%):		
высшее	13 (52%)	13 (52%)
среднее специальное	7 (28%)	8 (32%)
среднее	5 (20%)	4 (16%)
Социальный статус: чел. (%):		
служащие	13 (52%)	9 (36%)
рабочие	7 (28%)	4 (16%)
пенсионеры	5 (20%)	12 (48%)*
Инвалидность: чел. (%):		
2 группа	1 (4%)	14 (56%)*
3 группа	3 (12%)	4 (16%)

Примечание: * – достоверные различия, $P < 0,05$.

В обеих группах преобладали женщины (по 88% в каждой). Средний возраст пациентов, длительность заболеваний и уровень образования в обеих группах также достоверно не различались. Несмотря на сходные средний возраст пациентов и длительность заболевания, среди пациентов с РА достоверно больше, чем в группе с ОА, было неработающих пенсионеров (48%), а также инвалидов

второй группы (56%), что указывает на более выраженное инвалидизирующее влияние РА.

По сопутствующим заболеваниям обе группы пациентов также были сопоставимы. Исключение составили заболевания гепато-билиарной системы и остеопенический синдром у пациентов группы № 2, которые были связаны с особенностями терапии РА (табл. 2).

Таблица 2. Сопутствующие заболевания пациентов обеих групп наблюдения, $M \pm m$

Признак	Группа 1 (n = 25)	Группа 2 (n = 25)
Индекс массы тела (ИМТ)	30,3±1,1	25,9±1,1*
Избыточная масса тела, чел. (%)	12 (48%)	5 (20%)*
Ожирение, чел. (%)	10 (40%)	9 (36%)
Сопутствующие заболевания:		
Артериальная гипертензия, чел. (%)	11 (44%)	14 (56%)
Различные формы ИБС, чел. (%)	9 (36%)	10 (40%)
Заболевания органов ЖКТ	4 (16%)	4 (16%)
Заболевания гепато-билиарной системы	1 (4%)	4 (16%)*
Остеопенический синдром	0	6 (24%)*
Прочие заболевания	6 (24%)	3 (12%)
Отягощенная наследственность, чел. (%)	12 (48%)	5 (20%)*

Примечание: * – достоверные различия, $P < 0,05$.

У пациентов с РА статистически достоверно больше суставной счет и количество воспаленных суставов, продолжительность скованности суставов. При этом общая оценка боли, выраженность боли по ВАШ и выраженность скованности достоверно не различались в обеих группах. У пациентов с РА был хуже и показатель функциональной недостаточности суставов. В этой группе преобладал ФК II (68%), тогда

как у больных ОА чаще диагностировался ФК I (88 %).

При определении функциональных возможностей по Станфордской анкете оценки здоровья (табл. 4) также достоверно худшие показатели наблюдались при РА (9,76±0,68 баллов) по сравнению с ОА (4,44±0,49 баллов). При этом у пациентов с РА преобладала вторая степень нарушений по HAQ (64%), а у больных ОА первая степень (52%).

Таблица 3. Клиническая характеристика пациентов обеих групп наблюдения, $M \pm m$

Признак	Группа 1 (n = 25)	Группа 2 (n = 25)
Суставной счет	3,6±0,4	9,2±0,7*
Количество воспаленных суставов	1,2±0,2	6,9±0,8*
Продолжительность скованности, мин	7,9±2,5	73,8±8,4*
Выраженность скованности	1,4±0,2	1,3±0,1
Общая оценка боли (баллы от 0 до 3)	2,0± 0,1	1,3±0,05
ВАШ, баллы	56,4± 2,8	51,4± 2,2
Рентгенологическая стадия:		
I	10 (40 %)	3 (12 %)*
II	13 (52 %)	15 (60 %)
III	2 (8 %)	5 (20 %)*
IV	0	2 (8 %)
Функциональная недостаточность суставов:		
ФК I	22 (88 %)	4 (16 %)*
ФК II	3 (12 %)	17 (68 %)*
ФК III	0	4 (16 %)*

Примечание: * – достоверные различия, $P < 0,05$.

Таблица 4. Состояние функциональных возможностей в группах исследования по Станфордской анкете оценки здоровья (HAQ)

Признак	Группа 1 (n = 25)	Группа 2 (n = 25)
Анкета HAQ (баллы)	4,44±0,49	9,76±0,68*
Степень нарушений по HAQ (чел.):		
0	12 (48 %)	3 (12 %)*
1	13 (52 %)	5 (20 %)*
2	0	16 (64 %)*
3	0	1 (4 %)

Примечание: * – достоверные различия, P < 0,05.

Все вышесказанное указывает на более тяжелое клиническое течение и более выраженный прогрессирующий характер РА по сравнению с ОА.

Состояние иммуно-эндокринной составляющей адаптации пациентов обеих групп (по опроснику Л. Х. Гаркави) представлено в табл. 5. В группе пациентов с РА оказалась достоверно большей доля пациентов с адаптацией, отнесенной к состо-

янию болезни (P < 0,05) – 9 чел. (36,0 %) и состоянию предболезни – 10 (40,0 %). Состояние здоровья имело только 6 чел. (24,0 %). У пациентов с ОА средний уровень здоровья был определен у 4 чел. (16,0 %), что достоверно не отличалось от пациентов с РА, при этом состояние предболезни встречалось достоверно чаще – у 16 пациентов (64,0 %), а болезни реже – у 5 (20,0 %).

Таблица 5. Состояние иммуно-эндокринной составляющей адаптации пациентов обеих групп (по опроснику Л. Х. Гаркави)

Состояние адаптации организма	Группа 1 (n = 25)		Группа 2 (n = 25)	
	Абс.	%	Абс.	%
Здоровые (физиологическая норма)	6	24,0 %	4	16,0 %
Больные (срыв адаптации)	9	36,0 %	5	20,0 %
Состояние предболезни (донозологическое состояние)	10	40,0 %	16	64,0 %

Отдельные составляющие состояния иммуно-эндокринного звена адаптации представлены на рис. 1 и 2.

В группе № 1 значительно чаще встречались физиологичные (гармоничные) реакции, составляющие неспецифическую основу нормы: состояние спокойной активации было определено у 14 пациентов (56,0 %), повышенной активации – у 7 (28 %).

«Напряженные реакции» диагностировались реже: реакция тренировки – у 1 (4%), реакция переактивации – у 1 (4 %), реакция стресса – у 2 чел. (8 %). При этом преобладали низкий и очень низкий уровни реактивности организма, соответственно – у 14 больных ОА (56 %) и у 4 (16 %), а средний и высокий уровни реактивности организма – соответственно у 5 (20 %) и у 2 (8 %).

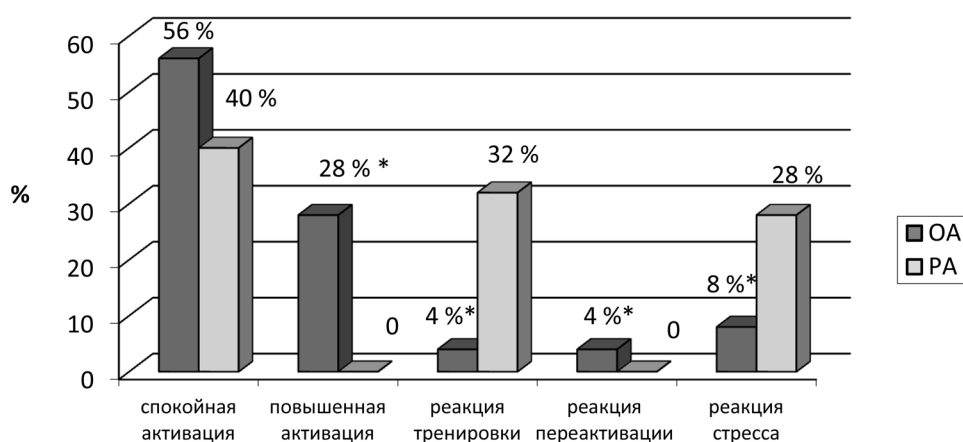


Рис. 1. Реакции адаптации (по опроснику Л. Х. Гаркави) в группах наблюдения

Примечание: * – достоверные различия, P < 0,05.

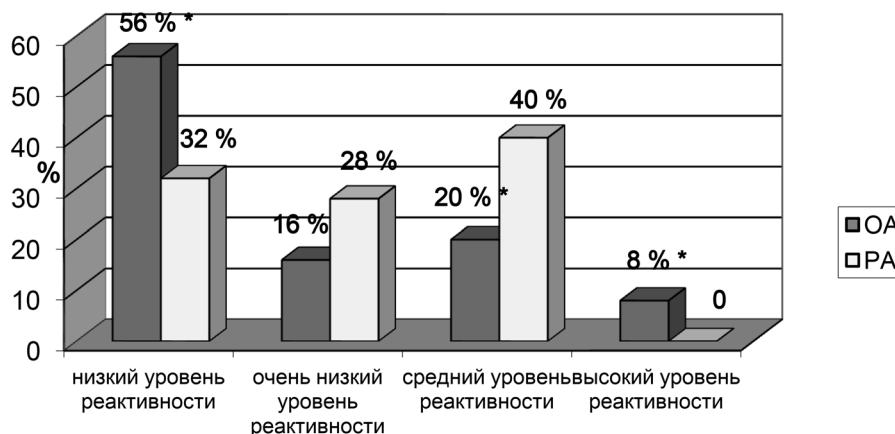


Рис. 2. Уровни реактивности (по опроснику Л. Х. Гаркави) в группах наблюдения

П р и м е ч а н и е: * – достоверные различия, P < 0,05.

В группе № 2 гармоничная реакция диагностирована у 10 пациентов (40,0 %). «Напряженные реакции» при РА встречались достоверно чаще, чем при ОА: реакция тренировки – у 8 (32 %), реакция стресса – у 7 чел. (28 %). Определены следующие уровни реактивности организма: очень низкий – у 7 больных РА (28 %), низкий – у 8 (32 %), и средний – у 10 чел. (40 %).

Таким образом, проведенное исследование указывает на то, что в обеих группах наблюдения име-

ются значительные нарушения состояния иммуно-эндокринного звена адаптации, но, достоверно лучшее состояние адаптации организма отмечено у пациентов с ОА по сравнению с больными РА.

При исследовании установлено, что КЖ пациентов с различной суставной патологией было достоверно ниже (P < 0,001) по сравнению с практически здоровыми лицами по всем шкалам опросника RAND-36, за исключением шкал, касающихся психо-эмоциональной сферы (табл. 6).

Таблица 6. Показатели качества жизни в группах исследования и у практически здоровых лиц, M±m

Показатели КЖ	Группа № 1 (n = 25)	Группа № 2 (n = 25)	Практически здоровые (n = 30)
PF	48,7±5,1 [#]	29,8±4,1* [#]	93,9±1,4
RP	41,1±6,7 [#]	42,8±6,2 [#]	88,9±4,9
RE	63,7±7,4	62,8±6,9	68,5±5,2
EF	53,6±3,5	51,6±4,9	61,1±2,5
EW	59,8±3,6	63,2±4,6	67,1±2,8
SF	68,7±4,5 [#]	42,2±3,8* [#]	88,2±2,5
BP	59,0±5,3 [#]	49,0±5,4 [#]	83,9±4,9
GH	43,8±2,7 [#]	35,2±2,5* [#]	67,8±4,1
HN	42,0±3,7 [#]	44,0±3,3 [#]	54,2±3,1

П р и м е ч а н и е: * – достоверные различия показателей в группах № 1 и 2, [#] – достоверные различия показателей в группах № 1 или 2 и группе практически здоровых лиц, P < 0,05.

Анализ КЖ в обеих группах исследования выявил достоверно более низкие показатели КЖ у пациентов с РА по сравнению с пациентами с ОА по следующим шкалам: PF (физической активности), SF (социального функционирования) и GH (общего восприятия здоровья). По другим шкалам достоверных различий у пациентов с различной суставной патологией выявлено не было.

Таким образом, можно сделать следующие **ВЫВОДЫ:**

1. РА протекает клинически с более выраженным суставным синдромом и в значительно большей степени инвалидизирует пациентов, чем ОА, однако болевой синдром при РА сопоставим с таковым при ОА.

2. У пациентов с РА и ОА имеются нарушения состояния иммуно-эндокринного звена адаптации, хотя при ОА оно лучше: ниже процент лиц с состоянием болезни и выше – с состоянием предболезни, достоверно чаще определяется

уровень спокойной и повышенной адаптации и реже – средний и высокий уровень реактивности организма.

3. Показатели КЖ пациентов с РА достоверно более низкие по сравнению с пациентами с ОА по шкалам: PF (физической активности), SF (социального функционирования) и GH (общего восприятия здоровья).

4. Выявленные нарушения адаптации организма и снижение КЖ требуют дополнительной коррекции терапии.

Литература

1. Адаптационные реакции и резистентность организма / Л. Х. Гаркави [и др.]. – Ростов н/Д, 1990. – 125 с.
2. Антистрессорные реакции и активационная терапия / Л. Х. Гаркави [и др.]. – М.: «ИМЕДИС». – 1998. – 656 с.
3. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Ч. 1 / Л. Х. Гаркави [и др.]. – Екатеринбург: «Филантроп». – 2002. – 196 с.

4. Антистрессорные реакции и активационная терапия. Ч. 2 / Л. Х. Гаркави [и др.]. – Екатеринбург: «Филантроп». – 2003. – 336 с.

5. Гиляревский, С. Р. Орлов, В. А. Проблемы изучения качества жизни в современной медицине / С. Р. Гиляревский, В. А. Орлов. – М.: НПО «Союзмединформ», 1992. – 65 с.

6. Клинические рекомендации. Ревматология / под ред. Е. Л. Насонова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 288 с.

7. Месникова, И. Л. Адаптированная к условиям Республики Беларусь методика оценки качества жизни больных и инвалидов: Метод. рекомендации. / И. Л. Месникова. – Бел. гос. мед. ун-т. – Минск. – 2005. – 20 с.

8. Применение модифицированной Станфордской анкеты оценки здоровья у больных ревматоидным артритом / В. Н. Амирджанова [и др.] // Ревматология. – 1989. – № 3. – С. 56–61.

9. Проблемы адаптации и учение о здоровье: учеб. пособие / Н. А. Агаджанян [и др.]. – 2006. – 284 с.

10. Шухов, В. С. Боль: механизмы формирования, исследование в клинике: Науч. Обзор. / В. С. Шухов. – Медицина и здравоохранение: Обзор. Информ. Сер. невропатология и психиатрия / НПО «Союзмединформ» МСЧН 0235–4845; Вып.11990. – 62 с.