

Темиркулова Ш.А.

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ЗАБОЛЕВАНИЯХ ОПОРНО-ДВИГАТЕЛЬНОГО АППАРАТА

Sh.A. Temirkulova

AT PATHOLOGIES OF THE IMPELLENT DEVICE QUALITY OF LIFE

УДК: 616.7:614.2

At pathologies of the impellent device quality of life suffers, forces the doctor to focus attention in construction of medical strategy not only on medicamentous, but also on complex, including and psychotherapeutic influence. Indicators of quality of life should be used for control of efficiency of treatment. »

Естественно, что заболевания опорно-двигательного аппарата (ОДА) не могут не влиять на качество жизни (КЖ) больного человека, связанное с состоянием его здоровья и показывающее, каким образом, и в какой степени физическое, психологическое, эмоциональное и социальное благополучие изменяется под воздействием болезни или ее лечения. Поэтому именно улучшение КЖ, изучаемого в процессе наблюдения и лечения пациента, является важнейшим критерием благоприятного течения заболевания и/или эффективности проводимой терапии [1].

Снижение КЖ у больных с патологией ОДА регистрируется с помощью как общих опросников, так и специфических, созданных именно для больных ревматическими болезнями (например HAQ, AIMS и др.) [1]. Понятно, что эти больные, испытывающие постоянную боль, тугоподвижность суставов и позвоночника, нарастающие двигательные ограничения, рано теряющие трудоспособность и нормальные внутрисемейные и социальные связи, несущие значительные экономические потери и т.д., весьма низко оценивают КЖ по всем его составляющим. В настоящее время особую популярность приобрел общий опросник SF-36. Это многоцелевой короткий опросник из 36 вопросов, имеющий 8 шкал оценки физического и ментального здоровья [2].

Целью нашей работы явилось сравнительное изучение КЖ до и после комплексной терапии пациентов с остеоартрозом (ОА).

Материалы и методы. В исследование было включено 30 пациентов с установленным диагнозом ОА с длительностью заболевания не менее 5 лет, из них 8 (26,7%) мужчин и 22 (73,3%) женщин в возрасте от 40 до 65 лет со II (78,8%) и III (22,2%) рентгенологической стадией с выраженным болевым синдромом. Эта работа проводилась в течение одного года. Больные, давшие согласие на исследование, приходили на прием к врачу каждые полгода.

Сразу же, еще на приеме, как только мы определили диагноз ОА, каждый пациент заполнял самостоятельно карту по изучению КЖ - опросник SF-36 в течение 10-15 минут, домой анкеты не выдавались. При заполнении анкет через 6 и 12 месяцев больные не знали результатов предыдущего тестирования. Все полученные данные по КЖ немедленно вносились в базу данных. Полученные данные обрабатывались с использованием специальных компьютерных программ MAP-R1.0 for Windows и SAS Vam-8.0/FSP for Windows

NT. Группу сравнения составили 20 здоровых пациентов - 10 женщин и 10 мужчин, средний возраст - 45 лет. Самооценка функционирования ОДА и его влияние на показатели здоровья столь же значимы для больного, как и влияния любой другой системы организма.

Результаты исследования. Для больных с ОА были характерны симптомы психологического дистресса, частое обращение за медицинской помощью, нарушения в сфере сна, работоспособности и сексуальной активности, ограничения в питании и активном отдыхе.

В начале лечения все показатели КЖ были достоверно ниже, чем показатели у здоровых лиц. Через 6 месяцев после лечения отмечается рост всех показателей, кроме SF (социальное функционирование), который оставался на прежнем уровне. Однако достоверно повышались только два показателя - RP (ролевое физическое функционирование) и GH (общее здоровье), отражая восстановление работоспособности, адаптацию к ролевому функционированию (работа, будничная деятельность), улучшение самочувствия. В этот период показатель жизнеспособности (VT) достоверно не отличается от значений здоровых лиц. Показатели психического здоровья (SF, RE, MN) в этот период достоверно ниже нормы, следовательно, больные испытывают определенные ограничения социальной активности, отрицательные эмоции и депрессию.

Следует отметить, что именно оценка КЖ служила объективным критерием диагностики тяжести процесса. Так, диапазон от 80 до 100 может соответствовать варианту нормы и устанавливается в контрольных группах, от 60 до 80 баллов соответствуют легкому течению, от 40 до 60 баллов - средней тяжести, менее 40 - тяжелому течению заболевания.

Индивидуальный мониторинг КЖ проводился до начала комплексной терапии, в ходе лечения, на этапах ранней и поздней реабилитации. Оценка КЖ позволила осуществлять постоянный мониторинг течения болезни, и при необходимости проводилась коррекция лечения. На основании данных о КЖ также сравнивались результаты применения разных видов консервативной терапии. Больные с патологией ОА до начала лечения отмечали постоянное ощущение скованности, боли и неспособность из-за симптомов болезни качественно выполнять свои профессиональные обязанности, включая учебу и ведение домашнего хозяйства. Ниже всего пациенты с ОА оценивали пункты, касающиеся их тонуса и работоспособности, то есть работоспособности в целом. При этом тенденция к более низким значениям прослеживалась у лиц пожилого возраста. У них достоверно чаще регистрировались психоастенический синдром, нарушение сна, апатия, эмоциональная и физическая усталость.

Мы оценивали показатели КЖ до и после комплексного лечения с тем, чтобы установить их корреляцию с клиническими данными, а также степень изменений этих показателей в динамике. В группе отреагировавших на терапию средние показатели по отдельным параметрам КЖ достоверно возрастали. Увеличение показателей варьировало от 10,1 до 28,6 балла, составив в среднем 19,4 балла (рис. 1).

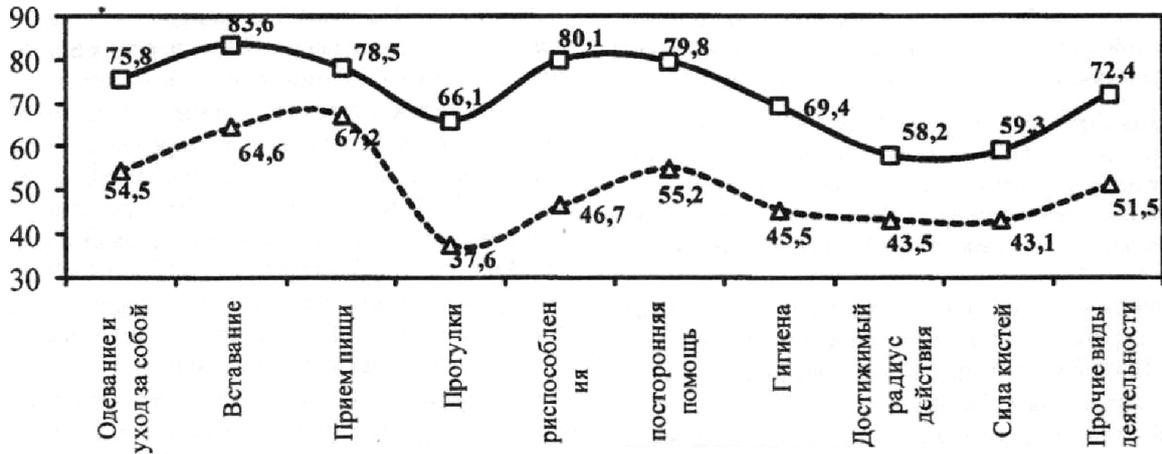


Рис. 1. Сравнительная оценка качества жизни пациентов с ОА до и после комплексной терапии

В группе пролеченных только фармакотерапией (НПВП и хондропротективными препаратами) достоверных изменений в оценке качества жизни не наблюдалось, а повышение уровня в среднем составило 4,2 балла (рис. 2).

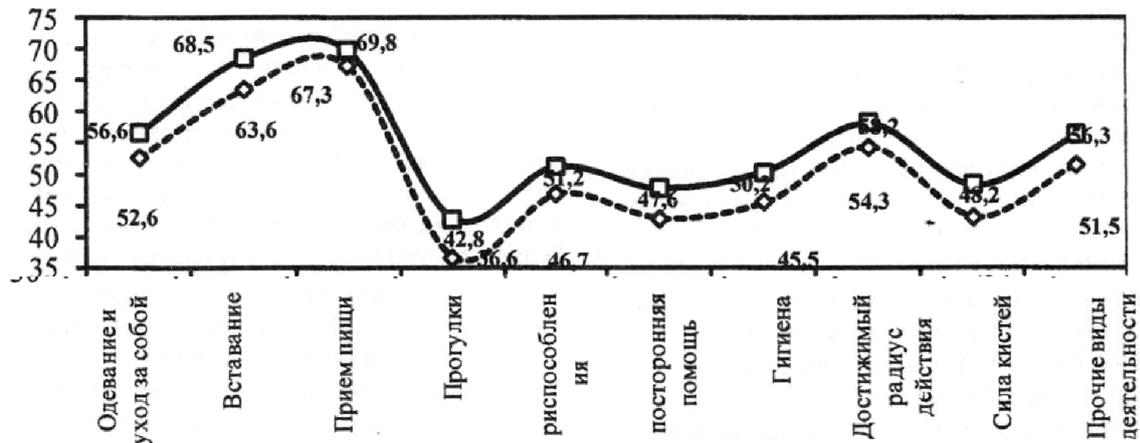


Рис. 2. Сравнительная оценка качества жизни пациентов с ОА до и после лечения фармакотерапией

После необходимых расчетов по заполненной анкете мы практиковали собеседование с пациентом, во время которого выясняли, какие из вопросов вызывали затруднения, а какие показались актуальными и почему. Это позволило получить дополнительные сведения о наиболее уязвимых сторонах жизни больных с изучаемой патологией.

Так, больные с ОА сильнее всего испытывали необходимость в посторонней помощи при застегивании пуговиц, завязывании шнурков на обуви, причем специальные приспособления типа крючков для застегивания пуговиц, удлиненный рожок для обуви, специальные или с возвышенным сиденьем стулья имели всего 1,2% больных. Затруднения в разной степени чаще всего испытывали при поднятии вверх по лестнице почти все исследуемые пациенты. Одним из часто предъявляемых жалоб было указание на сложность сидения и вставания с унитаза, что вызывает в большей степени и психологический дискомфорт. Достать и опустить вниз предмет весом около 2 кг (например, пакет муки), находящийся выше уровня головы, не могут 22,1% пациентов. Выполнять работу по дому, например, пылесосить или работать в саду без посторонней помощи не могут 73,6% больных. Кроме того, по мере нарастания тяжести заболевания выявлялась утрата корреляции жалоб и физиологических функций суставов, усиливалась роль психогенных факторов, ухудшалось КЖ больных и их способность реагировать на терапию.

Выводы.

Тот факт, что при патологиях ОДА страдает КЖ, заставляет врача акцентировать внимание в построении лечебной стратегии не только на медикаментозном, но и на комплексном, включая и психотерапевтическое воздействие [2].

Анкетирование о КЖ позволило привлечь пациентов к активному участию в определении лечебной тактики и создало благоприятные психологические предпосылки для успешной терапии. Конкретизация нарушений "самочувствия" больного с помощью вопросника может служить основным шагом к взаимопониманию с врачом. Показатели КЖ должны использоваться для контроля эффективности лечения [3].

Литература:

1. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога // Научно-практическая ревматология. - 2003. - №2. - С. 72-81.
2. Алексеева Л.И. Основные достижения в лечении остеоартроза. Качество жизни // Медицина. - 2003. - № 3. - С. 34-38.
3. Оценка качества жизни в медицине / Новик А.А. и др. // Клиническая медицина. - 2000. - № 2. - С. 10-13.

Рецензент: д.м.н., профессор Булешов М.А.
