

## ВПЛИВ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ ПОХИЛОГО ВІКУ З ОСТЕОАРТРОЗОМ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України»

**Мета:** вивчення показників якості життя у хворих похилого віку на остеоартроз з використанням міжнародного запитальника EuroQol для оцінки ефективності санаторно-курортного лікування.

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 72 пацієнти віком від 60 до 78 років, середній вік склав  $67,6 \pm 8,7$  року. Методом рандомізації пацієнтів було розподілено на дві групи. Пацієнти однієї з груп додатково проходили реабілітацію в умовах санаторію протягом 18-21 дня. Оцінка якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, проводилась з використанням міжнародного запитальника EuroQol-5D-European Quality of Life instrument (EQ-5D).

**Результати.** У всіх хворих на остеоартроз виявлено проблеми зі здоров'ям різного ступеня. Через 12 місяців за даними запитальника достовірна позитивна динаміка якості життя спостерігалася у пацієнтів, що проходили санаторно-курортне лікування, за рахунок покращення здатності до пересування, зменшення болю і дискомфорту та збільшення повсякденної активності.

**Висновки.** Наявність санаторно-курортного етапу реабілітації у комплексному лікуванні остеоартрозу дозволяє вплинути на якість життя та зберегти ремісію на більш тривалий термін порівняно з амбулаторним лікуванням.

**КЛЮЧОВІ СЛОВА:** якість життя, санаторно-курортне лікування, остеоартроз.

Остеоартроз (ОА) є одним з найбільш поширених захворювань опорно-рухового апарату, особливо в осіб старшої вікової групи (у кожній третій літній людині, досягаючи 70% серед осіб, старших 65 років). Під час природного старіння відбуваються інволютивні зміни у сполучній тканині, зокрема у сухожиллях, зв'язках, хрящах, кістковій тканині, а також у стінках судин, м'язях [2]. Таким чином, старіння організму сприяє виникненню та накопиченню хвороб. При обстеженні осіб похилого та старечого віку діагностують від трьох до п'яти різних захворювань. Сучасна людина похилого віку – унікальний клінічний феномен з точки зору наявності і поєднання у неї різноманітних за характером і перебігом захворювань, які конкурують за своєю прогностичною значущістю та впливають на якість життя. Остеоартроз відносять до захворювань з високим рівнем коморбідності, причому встановлено, що пацієнти з ОА мають значно вищий ризик розвитку коморбідних станів, ніж пацієнти, які на ОА не страждають [4]. Клінічний досвід і дані численних публікацій свідчать про те, що ОА часто поєднується з наступною соматичною патологією: артеріальною гіпертензією, ішемічною хворобою серця, ожирінням, цукровим діабетом, захворюваннями легень (хронічні обструктивні захворювання легень) та шлунково-кишкового тракту. Найбільше навантаження на суспільство спостерігається у випадках поєднання ОА та остеопенії (остеопорозу (ОП)), що суттєво погіршує якість життя людей [5].

Якість життя – інтегральна характеристика фізичного, психологічного, емоційного і соціального функціонування людини, заснована на її суб'єктивному сприйнятті. Оцінка якості життя на сучасному етапі займає все більше місце в медицині, що відображає, з одного боку, появу нових медичних технологій, які не впливають на тривалість життя, але істотно поліпшують її якість, а з іншого – підвищення активності хворого, збільшення його ролі у виборі методів діагностики та лікування [9].

При виборі запитальників важливо брати до уваги те, що для використання в клінічному дослідженні підходять тільки ті з них, які дають результат оцінки якості життя у вигляді єдиного підсумкового балу від 0 до 1,0. До таких, зокрема, належить загальний запитальник EQ-5D (EuroQol) [6]. Це запитальник загального характеру, простий для заповнення, широко застосовується у різних країнах і дає в процесі обробки зібраних даних єдиний бал для оцінки якості життя, представлений величинами від 0 до 1, що й забезпечує можливість його використання у клінічних дослідженнях. Даний запитальник широко використовується в різних клінічних ситуаціях, у тому числі при оцінці якості життя хворих з ревматичними захворюваннями [8].

Старіння є суперечливим процесом, оскільки на тлі регресивних процесів перебудови – атрофії, деградації та ін. – розвиваються прогресивні тенденції формування нових компенсаторно-приспосувальних механізмів, спрямованих на підтримання гомеостазу старіючого організму, що, однак, повністю не компенсує наростаючих явищ де-

градації [2]. Слід зазначити, що адаптаційні можливості старіючого організму знижені, ймовірність розвитку різних захворювань збільшується. У зв'язку з цим особливо важлива в разі розвитку захворювань у пацієнтів похилого віку роль саногенетичних механізмів, їх стимуляція і підтримка. На сьогодні особливий інтерес викликає санаторний етап реабілітації, завданнями якого є профілактика прогресування захворювання, стимуляція компенсаторних можливостей опорно-рухового апарату і можливе відновлення функції суглобів.

Санаторно-курортне лікування займає особливе місце у системі лікувально-профілактичної допомоги хворим старших вікових груп, будучи етапом у системі реабілітації багатьох хронічних захворювань. Багатопрофільний характер медичної реабілітації в санаторних умовах, широкий діапазон застосовуваних методів відновного лікування дозволяє охопити реабілітаційними заходами хворих усіх вікових груп із найбільш поширеними захворюваннями [1].

Порівняно з медикаментозними засобами, природні та штучні фізичні фактори, при правильному застосуванні, характеризуються відсутністю алергічних реакцій, меншою частотою і виразністю побічних ефектів, можливістю позитивно впливати на ряд патологічних процесів і весь організм в цілому, сприяючи при цьому підвищенню якості життя, мають важливе значення у профілактиці передчасного старіння [2]. В умовах курорту подальша реабілітація показана хворим з початковими стадіями ОА, інвалідам I і II груп, пацієнтам без стійкого синовіту та супутньої патології при можливості самообслуговування (з урахуванням загальних протипоказань до курортного лікування) [3].

**Метою дослідження** було вивчення показників якості життя у хворих похилого віку на остеоартроз з використанням міжнародного запитальника EuroQoI для оцінки ефективності санаторно-курортного лікування.

**Матеріали і методи.** У дослідження було включено 72 пацієнти віком від 60 до 78 років, середній вік склав  $67,6 \pm 8,7$  року. Серед хворих переважали жінки – 88,4%. У 23,3% пацієнтів було діагностовано I рентгенологічну стадію остеоартрозу за J. H. Kellgren–Lawrence [7], II стадію – у 76,7%.

З урахуванням сучасних геріатричних підходів та особливостей застосування фізичних факторів, хворим на ОА, які знаходились на санаторно-курортному етапі реабілітації, при призначенні бальнеотерапевтичних процедур перевагу віддавали ультразвуковим інгаляціям з мінеральними водами та ваннам за щадними методиками; з методів апаратної фізіотерапії переважно призначали магнітолазерну терапію, інтерференц-терапію, також пацієнтам проводився масаж та

лікувальна фізкультура. З метою профілактики кліматоадаптаційних і реакліматоадаптаційних реакцій та оптимізації процесу кліматоадаптації було включено в лікувальний комплекс (з урахуванням встановлених факторів ризику) адаптогени і лікувальні процедури, що володіють адаптогенною дією (фітоаероіонізація, синглетно-киснева терапія). У процесі проведення відновного лікування в санаторних умовах були вибрані комбінації різних реабілітаційних методів, які обумовили найбільшу ефективність лікування: поєднання бальнеотерапії, фізіотерапії та ЛФК. Для поліпшення наступності на етапах медичної реабілітації при виписці із санаторію пацієнтам давали письмові (у вигляді спеціальних пам'яток для хворого) рекомендації щодо подальшого лікування, способу життя, фізичної активності, дієтичного харчування тощо.

Методом рандомізації пацієнтів було розподілено на дві групи. Відчутної різниці за основними вихідними клініко-функціональними показниками між групами не спостерігалось. Контрольну групу склали 14 пацієнтів того ж віку без суглобової патології. Схема лікування у досліджуваних групах відрізнялася наявністю в одній з груп санаторно-курортного етапу реабілітації. У першій групі ( $n=34$ ) пацієнти приймали Структум по 500 мг 2 рази на день (протягом 6 місяців на рік) і курси НПЗП, серед яких хворі переважно отримували мелоксикам (у дозі 7,5 мг/д) або німесулід (у дозі 100–200 мг/д) протягом 7–10 днів при загостренні. Пацієнти другої групи ( $n=38$ ) упродовж 18–21 дня знаходились на санаторно-курортному лікуванні (один раз на рік), в схему реабілітації входили: сидячі сірководневі ванни, концентрацією 80 мг/л, тривалістю 10 хвилин при температурі води 36°C, на курс 8 процедур через день, або ультразвукові інгаляції сірководневою водою тривалістю 5 хвилин; аплікації голубої глини температурою 26°C через день; інтерференц-терапія та магнітолазер на уражені суглоби по 8 процедур по чергово через день; пневмомасаж; заняття лікувальною гімнастикою, ароматерапія, синглетно-киснева терапія. Після санаторно-курортного етапу реабілітації пацієнти приймали препарати, що містять хондроїтин сульфат (протягом 6 місяців на рік), при загостренні – НПЗП.

Оцінка якості життя, пов'язаного зі здоров'ям, проводилась з використанням міжнародного запитальника EuroQoI-5D-European Quality of Life instrument (EQ-5D), який складається з двох частин. У першій частині пацієнт самостійно оцінював свій стан за 5 параметрами: мобільність, догляд за собою, звичайна активність, біль і дискомфорт, тривога і депресія. У кожному варіанті пацієнти могли давати три варіанти відповіді: проблема відсутня – 1, є певна проблема – 2, проблема значна – 3. У другій частині запиталь-

ника пацієнти оцінювали стан свого здоров'я в балах від 0 до 100 по ВАШ, так званому термометру, де 0 означає найгірший стан, 100 – найкращий стан здоров'я пацієнта. Ця частина запитальника являє собою кількісну оцінку загального статусу здоров'я.

Статистична обробка даних проводилася за допомогою програми STATISTICA-6.1. Для ви-

значення достовірності відмінностей використовували t-критерій Стюдента. Вірогідним вважалися відмінності при ступені ймовірності безпомилкового прогнозу (p) 95% ( $p < 0,05$ ).

**Результати дослідження та їх обговорення.** Загальна характеристика стану здоров'я обстежених пацієнтів з ОА за даними запитальника EQ-5D наведена у таблиці.

Таблиця. Динаміка стану здоров'я пацієнтів з ОА за даними запитальника EQ-5D

Стан здоров'я	Число опитаних першої групи (n=34)				Число опитаних другої групи (n=38)			
	на початку дослідження		через 12 місяців		на початку дослідження		через 12 місяців	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
<b>Пересування в просторі</b>								
Немає проблем	3	8,8	5	14,7	2	5,2	15	39,4
Є деякі проблеми	31	91,2	29	85,3	36	94,8	23	60,6
Не встає з ліжка	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Самообслуговування</b>								
Немає проблем	21	61,7	20	58,8	26	68,4	29	76,3
Є деякі проблеми	13	38,3	14	41,2	12	31,6	9	23,7
Не може сам митися та одягатися	0	0	0	0	0	0	0	0
<b>Повсякденна активність</b>								
Немає проблем	6	17,6	6	17,6	5	13,1	12	31,5
Є деякі проблеми	24	70,5	22	64,7	30	78,9	26	68,5
Не може виконувати повсякденні справи	4	11,9	6	17,7	3	8,0	0	0
<b>Біль і дискомфорт</b>								
Немає болю та дискомфорту	0	0	0	0	0	0	7	18,4
Є невеликий біль та дискомфорт	26	76,4	28	82,3	29	76,3	27	71,0
Є сильний біль та дискомфорт	8	23,6	6	17,7	9	23,7	4	10,6
<b>Тривога та депресія</b>								
Немає тривоги та депресії	11	32,3	12	35,2	12	31,5	18	47,3
Є невелика тривога та депресія	20	58,8	17	50,0	24	63,3	20	52,7
Є виразна тривога та депресія	3	8,9	5	14,8	2	5,2	0	0
<b>Зміни стану здоров'я за рік</b>								
Покращилось	6		20,4		22		57,9	
Не змінилось	20		56,1		16		42,1	
Погіршилось	8		23,5		0		0	

У всіх хворих на остеоартроз виявлено проблеми зі здоров'ям різного ступеня. Найбільше страждають здатність до пересування та повсякденна активність. Це підтверджує дані про те, що ОА у похилому віці значно знижує показники якості життя. Через 12 місяців стан здоров'я за даними запитальника був різним у двох групах. Достовірна позитивна динаміка якості життя була

у пацієнтів другої групи – у 57,9% ( $p < 0,05$ ), за рахунок покращення здатності до пересування в просторі, зменшення болю і дискомфорту та збільшення повсякденної активності.

За даними другої частини запитальника EQ-5D, на початку дослідження у більшості хворих була знижена оцінка загального стану здоров'я: у першій групі – до  $51,91 \pm 1,07$  (медіана по «тер-

мометру» EQ 52 бали), у другій групі – до  $50,65 \pm 1,17$  (медіана 48,5 бала) порівняно з можливим найкращим станом здоров'я.

Через 12 місяців після санаторно-курортного етапу реабілітації при повторному тестуванні пацієнтів отримані наступні результати: середній показник якості життя по «термометру» запитальника EQ-5D у пацієнтів першої групи становив  $54,76 \pm 1,23$  (медіана – 56 балів), у другій групі виявився  $69,28 \pm 0,89$  (медіана – 70 балів), достовірність різниці висока:  $p < 0,0001$ .

Серед показників якості життя найбільше прореагували на наявність санаторно-курортного етапу реабілітації категорія «пересування в просторі» (середній бал повторного тестування  $1,60 \pm 0,08$ ,  $p = 0,00009$ ), «повсякденна активність» (середній бал повторного тестування  $1,68 \pm 0,07$ ,  $p = 0,0008$ ), «біль/дискомфорт» (середній бал повторного тестування  $1,92 \pm 0,08$ ,  $p = 0,0001$ ), «тривога/депресія» (середній бал повторного тестування  $1,52 \pm 0,08$ ,  $p = 0,003$ ).

Таким чином, у хворих похилого віку на ОА, які проходили раз на рік санаторно-курортне лікування та приймали протягом 6 місяців структурномодифікуючі препарати, достовірно покращувались показники якості життя протягом 12 місяців.

### Висновки

1. На основі проведеного аналізу встановлено, що хворі похилого віку на ОА, які проходили реабілітаційне лікування в санаторно-курортних закладах, мали тривале покращення якості життя порівняно з хворими, які лікувались лише амбулаторно.

2. Наявність санаторно-курортного етапу реабілітації у комплексному лікуванні хворих похилого віку на ОА посилює сприятливий вплив на організм.

3. Багатопротифільний характер медичної реабілітації у санаторних умовах, широкий діапазон застосовуваних методів відновного лікування дозволяє вплинути на якість життя та зберегти ремісію на більш тривалий термін порівняно з амбулаторним лікуванням.

4. Моніторинг якості життя дозволяє не тільки контролювати функціональний стан організму у людей похилого віку на різних етапах лікування, але й правильно оцінювати ефективність лікування та, за необхідності, проводити корекцію реабілітаційних заходів.

**Перспективи подальших досліджень** спрямовані на вивчення впливу реабілітаційних та профілактичних заходів на якість життя пацієнтів похилого віку з остеоартрозом на інших етапах реабілітації. Подальша робота в цьому напрямку доцільна та економічно виправдана.

### Список літератури

1. Голяченко А. О. Медична реабілітація в санаторних умовах / А. О. Голяченко, В. І. Мартинюк, Т. Г. Бакалюк // Вісн. наук. досліджень. – 2007. – № 4. – С. 8–9.
2. Казимирко В. К. Инволюционный остеоартроз и остеопороз / В. К. Казимирко, В. Н. Коваленко, В. В. Флегонтова. – Донецк : Издатель Заславский А. Ю., 2011. – 724 с.
3. Коваленко В. Н. Остеоартроз : практ. рук-во / В. Н. Коваленко, О. П. Борткевич. – К. : Морион, 2005. – 592 с.
4. Остеоартроз как фактор риска кардиоваскулярных катастроф / Мендель О. И., Наумов А. В., Алексеева Л. И. [и др.] // Укр. ревматолог. журн. – 2010. – № 3. – С. 68–73.
5. Поворознюк В. В. Остеоартроз / В. В. Поворознюк // Мистецтво лікування. – 2004. – № 3. – С. 16–23.
6. Development and preliminary testing of the new five-level version of EQ-5D (EQ-5D-5L) / Herdman M., Gudex C., Lloyd A. [et al.] // Qual Life Res. – 2011. – Vol. 20. – P. 1727–1736.
7. The American College of Rheumatology criteria for the classification and reporting of osteoarthritis of the knee / Altman R., Asch E., Bloch D. [et al.] // Arthritis Rheum. – 1986. – Vol. 29. – P. 1039–1049.
8. The comparative responsiveness of the EQ-5D and SF-6D to change in patients with inflammatory arthritis / Harrison M. J., Davies L. M., Bansback N. J. [et al.] // Qual Life Res. – 2009. – Vol. 18. – P. 1195–1205.
9. The societal impact of pain in the European Union: health-related quality of life and healthcare resource utilization / Langley P., Muller-Schwefe G., Nicolaou A. [et al.] // J. Med Econ. – 2010. – Vol. 1. – P. 571–581.

### ВЛИЯНИЕ САНАТОРНО-КУРОРТНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ ПОЖИЛОГО ВОЗРАСТА С ОСТЕОАРТРОЗОМ

Т.Г. Бакалюк

ГВУЗ "Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского МЗ Украины"

**Цель:** изучение показателей качества жизни у больных остеоартрозом пожилого возраста с использованием международного опросника EuroQol для оценки эффективности санаторно-курортного лечения.

**Материалы и методы.** В исследование было включено 72 пациента в возрасте от 60 до 78 лет, средний возраст составил  $67,6 \pm 8,7$  года. Методом рандомизации пациенты были распределены на две группы. Пациенты одной из групп дополнительно проходили реабилитацию в условиях санатория в течение 18–21 дня. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, проводилась с использованием международного опросника EuroQol-5D-European Quality of Life instrument (EQ-5D).

**Результаты.** У всех больных остеоартрозом обнаружены проблемы со здоровьем разной степени. По данным опросника, через 12 месяцев достоверная позитивная динамика качества жизни наблюдалась у пациентов, проходивших санаторно-курортное лечение, за счет улучшения способности к передвижению, уменьшения боли и дискомфорта и увеличения ежедневной активности.

**Выводы.** Наличие санаторно-курортного этапа реабилитации в комплексном лечении остеоартроза позволяет повлиять на качество жизни и сберечь ремиссию на более длительное время по сравнению с амбулаторным лечением.

КЛЮЧЕВЫЕ СЛОВА: **качество жизни, санаторно-курортное лечение, остеоартроз.**

## INFLUENCE OF SANATORIUM TREATMENT ON LIFE QUALITY OF ELDERLY PATIENTS WITH OSTEOARTHRITIS

*T.G. Bakalyuk*

SHEI "Ternopil State Medical University named by I.Ya. Horbachevskyi Ministry of Health of Ukraine"

**Purpose:** studying of life quality indicators at elderly patients with osteoarthritis using international EuroQol questionnaire for evaluate of efficiency of sanatorium treatment.

**Materials and methods.** 72 patients have been included in study at the age from 60 till 78 years, mean age was  $67,6 \pm 8,7$  years. Patients have been divided by method of randomization on two groups. Patients of one of groups in addition passed rehabilitation in sanatorium conditions for 18–21 days. Assessment of life quality related to health was conducted with use of international questionnaire EuroQol-5D-European Quality of Life instrument (EQ-5D).

**Results.** At all patients with osteoarthritis health problems of varying degree have been revealed. In 12 months according to the questionnaire, reliable positive dynamics of life quality was observed at patients passing sanatorium treatment at the expense of improvement of ability to movement, reduce pain and discomfort and increase daily activity.

**Conclusions.** Having of sanatorium stage of rehabilitation in complex treatment of osteoarthritis allows affect quality of life and keep remission for a longer period in comparison with outpatient treatment.

KEY WORDS: **quality of life, sanatorium treatments, osteoarthritis.**

Рукопис надійшов до редакції 21.05.2014 р.

### Відомості про автора:

**Бакалюк Тетяна Григорівна** – к.мед.н., доц. кафедри медичної реабілітації

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського МОЗ України».

Тел. (0-352)-43-58-46.