

ДОСЛІДЖЕННЯ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ДЕФОРМУЮЧИЙ ОСТЕОАРТРОЗ КОЛІННИХ СУГЛОБІВ У КОНТЕКСТІ ЇХ ФІЗИЧНОЇ РЕАБІЛІТАЦІЇ

Покращення якості життя хворих на деформуючий остеоартроз колінних суглобів виступає тим стрижневим моментом, на який спрямована кінцева результативність зусиль з фізичної реабілітації. Вивчення впливу застосування методів і засобів реабілітації на якість життя дає можливість фахівцям з фізичної реабілітації формувати адекватний індивідуальний підхід до хворих на гонартроз. Застосування шкали KOOS в процесі реабілітації є важливим моментом, адже дозволяє отримати суб'єктивну оцінку від самого пацієнта про ступінь його участі у повсякденній і активній спортивній діяльності. Це в свою чергу дає можливість підбирати і використовувати найбільш адекватні, прийнятні й ефективні методи реабілітації індивідуально до кожного пацієнта.

Ключові слова: деформуючий остеоартроз, колінний суглоб, фізична реабілітація, пацієнт.

Постановка проблеми. Згідно з даними різних авторів на остеоартроз, тобто ураження суглобів нижніх кінцівок, страждає від 5 до 18% населення. Хоча остеоартроз зазвичай поліартикулярний патологічний стан, найбільш частою його локалізацією є колінний суглоб, що й привернуло до нього нашу дослідницьку увагу. Частота зустрічальності маніфестного гонартрозу за даними різних дослідників суттєво варіює. У Голландії гонартроз діагностовано у 7,7–14,3% жителів у віці 45-49 і у 80% людей старше 65 років. В інших західних країнах рентгенологічні ознаки гонартрозу виявлені у 40,7% жінок і 29,8% у чоловіків у віці від 55 до 64 років. Серед жителів США старше 30 років гонартроз зустрічається в середньому у 6% [2, 3].

За даними ДУ "Українського державного науково-дослідного інституту медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України" станом на 2014 р. у структурі первинної інвалідності внаслідок захворювань кістково-м'язової системи інвалідність дорослого населення України посідала 4-е рангове місце. Унаслідок деформуючого артрозу показники первинної інвалідності дорослого населення в Україні в 2014 р. склали 1,7 випадки на 10 тисяч дорослого населення, а серед працездатного віку – 5,8 випадків на 10 тисяч.

До відомих і поширених причин розвитку гонартрозу відносяться [2, 3]:

- вікові дегенеративно-дистрофічні процеси, що почалися в гіаліновому хрящі і поширилися на інші суглобові структури;
- травми коліна (розриви меніска, вивихи, переломи гомілки), що займають п'яту частину від всіх несприятливих факторів;
- зайву вагу людини (до 10% від усіх можливих причин);
- надмірне фізичне навантаження на коліна (5-7%);
- запальні захворювання колін: реактивні артрити, ревматизм та ін.;
- метаболічні порушення в організмі та інші.

До цього слід додати атеросклеротичні зміни кровоносної мережі, які поступово посилюються з віком, зачіпають також судини, що постачають колінні суглоби киснем і поживними речовинами. Патогенетичною основою остеоартрозу є порушення балансу між руйнуванням та відновленням тканин суглоба внаслідок дії механічного навантаження, що спричиняє катаболізм хряща, тобто зменшення кількості протеогліканів, стоншення хрящового шару аж до повної його втрати, ремоделювання кісткової складової суглоба та запаленням синовіальної оболонки. Цьому захворюванню властивий прогресивний перебіг, який, попри консервативну терапію, здатен призвести до формування серйозної функціональної недостатності та потреби в тотальному ендопротезуванні суглоба, яке є дорого вартісним інвазивним методом лікування і актуалізує застосування засобів фізичної реабілітації [3].

На даний час накопичений значний масив знань з тривалої медичної практики і наукових досліджень, присвячених проблемі діагностування, лікування і фізичної реабілітації осіб, які хворіють на гонартроз. Цей великий масив знань розпоршує увагу науковців і практичних працівників у царині фізичної реабілітації на різні напрацьовані підходи і, об'єктивно, створює ситуацію, коли фахівці можуть

звернути увагу на далеко не найбільш результативні методики, що приведе як до втрати часу, так і не сприятиме ефективному відновленню стану здоров'я і працездатності їхніх пацієнтів.

Система реабілітації, в цілому включає в себе у якості основних компонентів наступні: здоровий спосіб життя (раціональне харчування, зниження маси тіла, рухову активність, комфортне взуття, ортопедичні устілки тощо); власне фізичну і реабілітаційну медицину; медикаментозну терапію; ортокінезіотерапію; кінезотерапію; санаторно-курортну реабілітацію.

Аналіз останніх досліджень і публікацій. Гонартроз колінного суглоба I ступеню практично не турбує людину [2, 5, 6, 7]. Гіаліновий суглобовий хрящ поки справляється зі своїми функціями, але за надмірних фізичних навантажень можлива поява короточасного тупого болю і невеликої набряклості. Та на цій стадії захворювання симптоми швидко зникають без лікування. Рухи в колінному суглобі можливі в повному обсязі, суглобові анатомічні структури фізіологічні, без деформації. Але якщо зробити рентгенографію колінних суглобів, вже може спостерігатися невелике звуження суглобової щілини.

Гонартроз 2 ступеню клінічно більш виражений. Більшість хворих скаржаться на появу скутості після сну, яка зникає тільки після ходьби або розминки. Больовий синдром може турбувати протягом дня, незалежно від навантажень, і вимагає прийому медичних препаратів. Іноді, при посиленні фізичного навантаження, пацієнти відзначають сухий тріск або хрускіт в коліні. Структура суглобового хряща на цій стадії вже значно порушена, синовіальна рідина згущена, а її кількість суттєво зменшена, сполучна тканина заміщається жорсткими рубцевими структурами. Тому тут вже спостерігається деформація колінного суглоба та обмеження згинальних і розгинальних рухів. На рентгенограмі суглобова щілина вже значно звужена, особливо з внутрішньої сторони, кісткові поверхні суглоба ніби згладжені.

Гонартроз 3 ступеню найбільш виражений за своєю клінічною симптоматикою. Пацієнт страждає від постійного болю, ледве ходить і сильно кульгає. Колінний суглоб значно деформований і виглядає збільшеним у розмірах. Викривляються також нижні кінцівки: у формі букви "О" (варусна деформація) або "Х" (вальгусна деформація). На рентгенографічних знімках відзначається відсутність суглобової щілини, помітні витончення кісткових структур і наявність остеофітів, присутня поява ознак синовіту (тобто, запалення синовіальної оболонки) [4].

В зв'язку з тим, що головною причиною гонартрозу є дегенеративні зміни в суглобових тканинах, що є одним із багатьох проявів загальних процесів старіння організму, очевидно, що повністю вилікуватись від даної патології неможливо. І якщо вже з'явилися перші симптоми захворювання, вони будуть лише прогресувати. Однак, при ранній діагностиці і початку консервативного лікування можливо уповільнити прогресування хвороби.

Мета статті – за допомогою використання шкали KOOS встановити, наскільки захворювання на гонартроз впливає на якість життя пацієнтів.

Організація дослідження. Була використана версія шкали KOOS у її перекладі на російську мову, вперше застосована Бараненковим із співавторами [1]. Дослідження, до якого були залучені 9 хворих на гонартроз різними стадіями клінічного прояву, проведене у термін квітня-травня 2017 р. у медичному закладі ДУ "Український державний науково-дослідний інститут медико-соціальних проблем інвалідності МОЗ України".

Виклад основного матеріалу досліджень. Якісний прогноз результатів лікування захворювань і пошкодження колінних суглобів неможливий без використання методів, що враховують не лише їх функціональний стан і об'єктивні клінічні симптоми, але й суб'єктивну оцінку осіб, що включені у процес реабілітації [1].

Шкала KOOS (The Knee injury and Osteoarthritis Outcome Score) [1, 5], була розроблена для оцінки функції колінного суглоба і ступеню участі пацієнта у повсякденній і активній спортивній практиці. Попередній аналіз змісту і можливостей KOOS засвідчив [7], що вона є придатною не тільки для заповнення фахівцем, але й для самоанкетування пацієнтами.

Заздалегідь підготовлені форми заповнювались пацієнтами, хворими на гонартроз. Одночасно пацієнти, за участі реабілітолога, впевнювались у їхньому вірному розумінні питань і спрямованості відповідей на них.

Отримані дані величин бальних оцінок за показником відповідної шкали накопичувались у таблицях, а розрахунок оцінок проводився за правилами, рекомендованими для шкал KOOS і Goldberg [6], (табл. 1).

У процесі заповнення форми бралось до уваги наступне.

1. Відповіді отримують цифрове значення, при цьому 0 відповідає відсутності ознаки, що є сприятливою ситуацією, а 4 максимальна ступінь прояву ознаки, тобто, найгірша ситуація прояву захворювання.

2. Форма на паперовому носії перевіряється для виявлення пропущених даних або ж помилок уводу. При цьому дотримувались таких правил обробки:

– якщо відмітка була поставлена поза віконцем табл. 1, такою, яка є вірною, вважалась найближча до наявної мітки;

– якщо були пропущені відповіді більше ніж на 2 питання, для цих питань присвоювались середні значення наявних відповідей;

– якщо були пропущені відповіді більше ніж на 2 питання, форма вважалась зіпсованою і не враховувалась у нашому дослідженні.

Таблиця 1

Оцінка варіантів відповідей форми KOOS у балах

Характеристика	Градациї відповідей				
	відсутня	у незначній мірі	помірне	сильно	надзвичайно
Ступінь прояву ознаки					
Частота прояву	ніколи	щомісяця	щонеділі	щоденно	постійно
Частота прояву	ніколи	зрідка	інколи	часто	завжди
Бальна оцінка	0	1	2	3	4

3. Для кожного з підрозділів ("біль", "симптоми", "щоденна активність", "спортивна активність", "якість життя, що залежить від стану колінного суглоба") бали додавались відповідно до відповідей хворих.

4. Враховувалось, що сформований масив даних може використовуватись для побудови "профіля пацієнта".

Внаслідок анкетування були отримані данні, що подані у табл. 2.

Таблиця 2

Ознака	Отриманні значення (бали)	Максимальні значення (бали)
Біль (P)	23 ± 2,33	36
Симптоми (S)	18 ± 2,47	28
Щоденна активність (A)	43 ± 2,58	68
Спортивна активність (SP)	16 ± 3,2	20
Якість життя (Q)	14 ± 3,5	16
Загальний нормативний показник	114 ± 22,8	168

Після аналізу отриманих за шкалою KOOS результатів виявилось, що у хворих, які страждають на остеоартроз колінного суглобу, показники таких ознак як біль, щоденна активність та наявність симптомів вище за середні, а показники спортивної активності та якості життя майже наближаються до максимально негативних значень, що є цілком логічним. Адже з прогресуючим розвитком хвороби відбувається зміна якості життя, яка відображається у зниженні функціональної активності, наприклад, рухливості, ступеню догляду за собою і виконанні різних дій в повсякденному житті, що супроводжується болем, дискомфортом та тривогою; зниженні життєздатності та соціальної активності.

Отже, застосування шкали KOOS дозволяє отримати цілком об'єктивні данні щодо якості життя пацієнтів з остеоартрозом колінного суглобу. Це в свою чергу дозволяє фізичному терапевту в своїй практиці враховувати особливості кожного пацієнта та сприяє формуванню індивідуального відновлювального підходу в процесі їх реабілітації.

Висновки. 1. Застосування шкали KOOS дає можливість отримати достатньо об'єктивні данні про якість життя пацієнтів хворих на деформуючий остеоартроз колінного суглобу.

2. Відтак, використання шкали KOOS є важливим практичним елементом підвищення ефективності заходів з фізичної реабілітації хворих на гонартроз для фахівців з фізичної реабілітації.

3. Застосування шкали KOOS дозволяє фахівцю з фізичної реабілітації індивідуально підбирати та використовувати саме ті засоби відновлення, які будуть максимально сприяти покращенню якості життя кожного пацієнта.

Перспектива подальших досліджень пов'язана з розробкою та обґрунтуванням системи заходів з фізичної реабілітації хворих на гонартроз з урахуванням використання шкали KOOS.

Використані джерела

1. Бараненков А. А. Региональная адаптация шкалы оценки исходов повреждений и заболеваний коленного сустава KOOS / А. А. Бараненков, О. М. Голозубов, В. Г. Голубев и др. // Травматология и ортопедия России. – 2007. – № 1. – С. 26-30.
6. Стрільчук Л. Остеоартроз: сучасні концепції лікування [Електронний ресурс] / Л. Стрільчук // Здоров'я України. – 2017. – Режим доступу: <http://health-ua.com/stati/revmatologia/osteartroz-suchasni-kontseptsii-likuvannya.html>.
7. Синяченко О. В. Диагностика и лечение болезней суставов / О. В. Синяченко. – Донецк : ЭЛБИ-СПб, 2012. – 560 с.
8. Бурьянов А. А. Травматология и ортопедия : учебник для студ. высших мед. учеб. заведений : перевод с укр. издания / А. А. Бурьянов, Г. Г. Голка, В. Г. Климовицкий [и др.] ; под ред.: Г. Г. Голки, А. А. Бурьянова, В. Г. Климовицкого. – Винница : Нова Книга, 2016. – 448 с.
9. Roos E.M. Knee injury and osteoarthritis outcome score (KOOS) development of a self-administered outcome measure / E.M. Roos [et al.] // J. Orthop. Sports Phys. Ther. -1998. – P. 88-96.
10. Roos E.M. Effectiveness and practice variation of rehabilitation after joint replacement / E.M. Roos // Curr. Opin. Rheumatol. – 2003. – Vol. 15. – P. 160-162.
11. Roos E.M. Knee injury and osteoarthritis outcomescore (KOOS), validation of a Swedish version Scand/ E.M. Roos [et al.] // J. Med. Sci. Sports. – 1998. – Vol. 8. – P. 439-446.

Chernigivska S., Kanyuka E., Mikhalchuk A.

RESEARCH OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH DEFORMING OSTEOARTHRITIS OF KNEE JOINTS IN THE CONTEXT OF THEIR PHYSICAL REHABILITATION

According to the data of various authors, osteoarthritis, that is, affection of the joints of the lower extremities, affects 5 to 18% of the population. The most common localization of osteoarthritis is the knee joint. The frequency of occurrence of manifest gonarthrosis according to the researchers varies significantly. In Holland, gonarthrosis is diagnosed in 7.7-14.3% of residents aged 45-49 and in 80% of people over 65. In other western countries, radiologic signs of gonarthrosis were found in 40.7% of women and 29.8% in men aged 55 to 64 years. Among US residents over 30 years of age, gonarthrosis occurs on average in 6%.

According to the State Institution "Ukrainian State Research Institute for Medical and Social Problems of Disability of the Ministry of Health of Ukraine" as of 2014. in the structure of primary disability due to diseases of the musculoskeletal system, the disability of the adult population of Ukraine occupied the fourth ranked place. As a result of deforming arthrosis, the primary disability of the adult population in Ukraine in 2014 was 1.7 cases per 10,000 adults, and among able-bodied age – 5.8 cases per 10,000.

Using the KOOS scale in the process of physical rehabilitation helps to establish how much the disease deforms knee osteoarthritis affects the quality of life of patients.

After all, improving the quality of life of such patients is the pivotal point to which the ultimate effectiveness of physical rehabilitation efforts is directed. The study of the impact of the use of rehabilitation tools and methods on the quality of life makes it possible for specialists in physical rehabilitation to form an adequate individual approach to patients with gonarthrosis. The use of the KOOS scale in the process of rehabilitation is an important point, since it allows one to obtain a subjective assessment from the patient himself about the degree of his participation in daily and active sports activities. This in turn makes it possible to select and use the most appropriate, acceptable and effective methods of rehabilitation individually for each patient.

Key words: *deforming osteoarthritis, knee joint, physical rehabilitation, and patient.*

Стаття надійшла до редакції 22.08.2017