

ОПРЕДЕЛЕНИЕ ТЯЖЕСТИ ОСТЕОАРТРОЗА У БОЛЬНЫХ С ОЖИРЕНИЕМ Мирзаева Д.А.¹, Худайкулова Ф.Х.² Email: Mirzaeva6107@scientifictext.ru

¹Мирзаева Дилноза Абдуолимовна – ассистент;

²Худайкулова Феруза Хожиккуловна – старший преподаватель,
кафедра факультетской и госпитальной терапии,
Ургенчский филиал
Ташкентская медицинская академия,
г. Ургенч, Республика Узбекистан

Аннотация: в настоящее время прогрессирование остеоартроза (ОА) коленных суставов может быть связано с ожирением и изучение признаков у больных гонартрозом с ожирением, определение их диагностического значения при определении функционального состояния больных является важным для прогнозирования и необходимым для разработки новых направлений лечения и профилактики этого заболевания. Были проанализированы данные клинических проявлений и изучены результаты индексов WOMAC, Лакена и показателей экспертных признаков у больных гонартрозом с ожирением.

Ключевые слова: гонартроз, ожирение, индекс массы тела, индексы WOMAC, Лакена.

DETERMINATION OF THE SEVERITY OF OSTEOARTHRITIS IN PATIENTS WITH OBESITY

Mirzaeva D.A.¹, Khudaykulova F.Kh.²

¹Mirzaeva Dilnoza Abdiolimovna –Assistant;

²Khudaykulova Feruza Khojikulovna – Senior Teacher,
DEPARTMENT OF FACULTY AND HOSPITAL THERAPY,
URGENCH BRANCH
TASHKENT MEDICAL ACADEMY,
URGENCH, REPUBLIC OF UZBEKISTAN

Abstract: currently, the progression of osteoarthritis (OA) of the knee joints can be associated with obesity, and the study of signs in patients with gonarthrosis with obesity, the determination of their diagnostic value in determining the functional state of patients is important for predicting and necessary for the development of new directions of treatment and prevention of this diseases. We analyzed the data of clinical manifestations and studied the results of the WOMAC and Laken indices and indicators of expert signs in obese patients with gonarthrosis.

Keywords: gonoarthrosis, obesity, body mass index, WOMAC, Lakena indices.

УДК 615.825.1:616.72-002.08

Как известно, ожирение считается одним из наиболее важных предикторов прогрессирования остеоартроза (ОА) коленных суставов [3, 5, 8]. S. Grazioetal отмечают, что в 69 % случаев потребность в эндопротезировании коленного сустава может быть связана с ожирением и снижение веса более чем на 5,1 % может приводить к уменьшению функциональной недостаточности [2, 6, 7].

В ревматологической практике разработан целый ряд стандартных тестов для характеристики ОА. При оценке общего состояния больных, болей в суставах и утренней скованности используется визуальная аналоговая шкала (ВАШ), характеристики гонартроза и коксартроза - индекс Лакена, тест WOMAC (Western Ontario and Mc Master Universities osteoarthritis Index). Тяжесть нарушений функции нижних конечностей определяется интегральным показателем, который вычисляется как среднее арифметическое значение от величины 6 экспертных признаков в % [1, 4, 9].

Цель исследования. Изучить результаты индексов WOMAC, Лакена и показателей экспертных признаков у больных гонартрозом с ожирением и определить их диагностическое значение при определении функционального состояния больных.

Материалы и методы исследования. Было обследовано 80 больных (23 мужчин, 28,8%, 57 женщин, 71,2%) в возрасте от 48 до 75 лет (средний возраст 58,5±0,8 лет) ОА коленных суставов, обследованных в отделении ревматологии. Диагноз ОА соответствовал критериям АКР (10; 12).

Генерализованный ОА (полиартрикулярная форма) с поражением коленных, тазобедренных суставов и суставов кистей отмечался у 21,2%, моноартроз (левого или правого) коленного сустава - у 48,8%, олигоостеоартроз - у 30,0% больных. Реактивный синовит диагностирован у 37,5% пациентов. При рентгенографии коленных суставов были выявлены все IV стадии гонартроза (по Келлгрэну): I стадия наблюдалась у 13 (16,3%) больных, IV стадия — у 11 (13,8%), II и III стадии были выявлены у подавляющего большинства пациентов — 56 (70,1 %). У 18,8% пациентов функциональное состояние суставов не имело ограничений, у 81,2% констатировано нарушение функции суставов: у 33,8% – I степени, у 32,5% – II степени и у 15,0% – III степени.

Исследование суставного синдрома проводилось по принятым стандартам. Подсчитывалось числа пораженных суставов, определялись степень боли, скованности, ограничения функциональной способности и общее состояние больных по визуальной аналоговой шкале (ВАШ), где результат от 70 до 100 мм (7-10 см) – соответствуют выраженным изменениям, от 40 до 70 мм (4-7 см) – умеренным изменениям, от 10 до 40 мм (1-4 см) – слабым изменениям. Функциональное состояние суставов определяли по суммарному алгофункциональному индексу Лекена, индексу WOMAC и 6 экспертным признакам.

Статистическая обработка данных проводилась с помощью программы EXCEL. Для определения достоверности различий использовали t-критерий Стьюдента, критерии Манна-Уитни, Спирмена. Достоверным считались различия при степени вероятности $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Установлено, что по ВАШ степень боли у больных ОА в среднем составляет $65,5 \pm 5,5$ мм (умеренная боль), выраженность утренней скованности - $35,6 \pm 3,5$ мм (слабая скованность), степень ограничения функциональной способности суставов - $75,5 \pm 6,6$ мм (выраженное ограничение). Результат самооценки общего состояния по ВАШ составила $76,5 \pm 6,3$ см, что соответствует тяжелому состоянию.

Индекс массы тела варьировал от 19 до 39. У 22 (27,5%) больных ИМТ соответствовал нормальному показателю (по рекомендациям ВОЗ - 18,5-24,9), у 23 (28,8%) – избыточной массе тела (предожирение - 25-29,9), у 15 (25,0%) – ожирению I (первой) степени (30-34,9) и у 20 (12,2%) – ожирению II (второй) степени (35-40).

Увеличение массы тела способствовало развитию реактивного синовита и вторичных изменений в венах нижних конечностей. Среди больных с нормальным показателем массы тела реактивный синовит диагностирован у 13,7% пациентов, с повышенным показателем ИМТ - у 26,6% пациентов, при ожирении I степени - у 46,7%, II степени - у 70,0% больных ($r=0,8$). Частота варикозных вен нижних конечностей у пациентов вышеуказанных групп составила соответственно - 27,3; 43,5; 53,0 и 65,0% ($r=0,6$).

При проведении пробы Лекена минимальный результат может составлять 1 балл, максимальный – 14 баллов. При наличии 1-4 баллов ОА считается легким, 5-7 баллов – умеренным, 8-10 баллов – тяжелым, 11-13 баллов – очень тяжелым и 14 баллов – крайне тяжелым. По результатам оценки индекса Лекена у 15,0% больных ОА был легким, у 41,3% – умеренным, у 20% – тяжелым, у 16,3% – очень тяжелым и у 7,5% – крайне тяжелым. При нормальной массе тела легкий ОА (1-4б) диагностирован – у 18,2%, умеренный (5-7б) – у 63,6%, тяжелый (8-10б) – у 18,2% больных. При нормальной массе тела очень тяжелый (11-13 б) и крайне тяжелый (14 б) ОА не был обнаружен.

Увеличение массы тела больных способствовало повышению тяжести ОА. Так, среди больных с повышенной массой тела легкий, умеренный, тяжелый и очень тяжелый ОА было обнаружено соответственно – у 17,4; 52,2; 13,0 и 17,4% больных. Среди больных с ожирением I и II степени, по сравнению с нормальной и повышенной массой тела, было больше больных тяжелым ОА (26,7 и 25,0% против 18,2 и 13,0%). Также, при I и II степени ожирения у 13,0 и 20,0% больных был диагностирован крайне тяжелый ОА (14 балл).

По результатам индекса WOMAC выраженность болевого синдрома (5 вопросов) в среднем составила - $6,5 \pm 0,5$ см, скованности (2 вопроса) - $3,5 \pm 0,3$ см, степень ограничения функциональной способности (17 вопросов) - $7,5 \pm 0,6$ см. Выраженность болевого синдрома у лиц с нормальной массой тела в среднем составила $5,8 \pm 0,4$ см, повышенной массой тела - $6,3 \pm 0,3$ см, I степенью ожирения - $6,7 \pm 0,2$ см, II степенью ожирения - $7,2 \pm 0,4$ см (выраженная корреляция $r=0,8$); выраженность скованности соответственно - $3,2 \pm 0,2$; $3,3 \pm 0,3$; $3,5 \pm 0,2$ и $3,6 \pm 0,3$ см (слабая корреляция $r=0,2$); степень ограничения функциональной способности – $6,9 \pm 0,4$; $7,2 \pm 0,5$; $7,8 \pm 0,6$ и $8,2 \pm 0,5$ см (умеренная корреляция $r=0,6$).

Патологический тип передвижения и невозможность ходьбы среди лиц с нормальной массой тела не были обнаружены, а при ожирении первой и второй степени были выявлены соответственно - у 13,3; 30,0% и 6,7; 10,0% больных. При повышенной массе тела патологический тип передвижения было зарегистрировано всего у 1 больного (4,3%). Сравнительно тяжелые экспертные признаки - необходимость в дополнительных средствах при ходьбе, невозможность выполнения бытовых функций, самообслуживания, пользования общественным транспортом, выполнения профессиональных обязанностей были обнаружены - от 6,7 до 10,0% больных ОА с I и II степенью ожирения.

За последний год улучшение состояния здоровья отмечали 18,8% больных. У 61,3% обследованных не наблюдалось существенных изменений состояния за последний год. У 20,0% больных наблюдалось ухудшение состояния: 13,6% - с нормальным ИМТ, 17,4% - повышенным ИМТ, 20,0% - ожирением первой, 30,0% - ожирением второй степени.

Вывод. Таким образом, ожирение является одним из наиболее серьезных факторов риска прогрессирования ОА, развития функциональных нарушений коленных суставов, реактивного синовита и варикозного расширения вен нижних конечностей. Повышение массы тела больных способствует повышению тяжести ОА: при первой и второй степени ожирения, в отличие от больных с нормальной и повышенной массой тела, чаще диагностируется тяжелый и крайне тяжелый ОА.

При ожирении чаще обнаруживается патологический тип ходьбы, резко ограничивается объем движений в суставе, увеличиваются случаи необходимости применения дополнительных средств,

возникают затруднения при пользовании общественным транспортом. ОА и ожирение способствуют к снижению профессиональных способностей, и даже к утрате возможности больных к самообслуживанию.

Показатели индексов WOMAC, Лекена и экспертных признаков являются высокоинформативными для оценки функционального состояния больных. Для заполнения этих анкет требуется всего от 5 до 10 мин.

Список литературы / References

1. Балабанова Р.М. и др. Динамика распространенности ревматических заболеваний, входящих в XIII класс МКБ-10, в популяции взрослого населения Российской Федерации за 2000–2010 гг. Научно-практическая ревматология, 2012. № 3. С. 10-12.
2. Денисов Л.Н., Насонова В.А. Ожирение и остеоартроз. // Научно-практическая ревматология, 2010. № 3. С. 48-51.
3. Коморбидность при остеоартрозе: рациональные подходы к лечению больного / Алексеева Л.И., Верткин А.Л., Мендель О.И. // Русский медицинский журнал, 2009. Т. 17. № 21. С. 1472-1476.
4. Насонова В.А. Остеоартроз — проблема полиморбидности. // Consiliummedicum, 2009. № 2. С. 5-8.
5. Остеоартроз амбулаторной практике / Галушко.Е.А., Эрдес Ш.Ф., Алексеева Л.И. // Современная ревматология, 2012. № 4. С. 66-70.
6. Остеоартроз в общемедицинской практике / Верткин А.Л., Максименко Е.В., Шамуилова М.М. // Терапевт: научно-практический ежемесячный журнал, 2008. № 9. С. 10-30.
7. Ревматология: национальное руководство / под ред. Е.Л. Насонова, В.А. Насоновой. // М.: ГЕОТАР-Медиа, 2010. 720 с.
8. Belo J.N. et al. Prognostic factors of progression of osteoarthritis of the knee: a systematic review of observational studies // Arthritis and Rheumatism, 2007. Т. 57. № 1. С. 13–26.
9. Blagojevic M. et al. Risk factors for onset of osteoarthritis of the knee in older adults: a systematic review and meta-analysis // Osteoarthritis and Cartilage, 2010. Т. 18. № 1. С. 24–33.