

## ВЛИЯНИЕ ОБУЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ И СОСТОЯНИЕ АДАПТАЦИИ ОРГАНИЗМА ПАЦИЕНТОВ С ОСТЕОАРТРИТОМ

И.Л.Месникова

Белорусский государственный медицинский университет, г.Минск, Республика Беларусь

*Проведено исследование по изучению влияния обучающей программы на качество жизни (КЖ) и состояние адаптации пациентов с остеоартритом (ОА). Установлено, что «Школа для пациентов с ОА» достоверно улучшает практически все показатели КЖ, состояние иммуно-эндокринного звена адаптации (по Л.Х.Гаркави) и нервно-психического звена (по Н.И.Гурвичу) и может быть рекомендована для реабилитации в амбулаторных условиях.*

*Ключевые слова: остеоартрит, обучающая программа, качество жизни, адаптация организма.*

В настоящее время подчеркивается важность образовательных программ, которые направлены на формирование у пациентов с остеохондрозом (ОА) правильного представления о своей болезни, установление партнерских отношений с врачом и осознанного выполнения его рекомендаций, повышение качества жизни (КЖ) пациентов и др. [1, с.254].

Нами была апробирована на пациентах с ОА ряда поликлиник г.Минска и признана наиболее целесообразной программа циклового обучения в «Школе для пациентов с ОА» (далее – «Школа»), состоящего из трех ежемесячных занятий в форме лекций-бесед продолжительностью 60–90 минут с освещением в доступной форме разработанного обучающего модуля, с активным привлечением пациентов к обсуждению собственных проблем, их обменом мнениями и опытом. «Школа» проводилась на постоянной основе в течение 1,5 лет в виде циклов занятий, которые повторялись ежеквартально. Каждая тема дублировалась (проводилась два раза в месяц в фиксированные дни недели) для пациентов, которые по какой-либо причине пропустили очередное занятие. Форма приглашения на занятия была устной во время приема пациентов врачами, на поликлиническом сайте и в виде письменного приглашения на доске объявлений в поликлинике. Оптимальное количество слушателей в группе было 15–20 человек.

Основной целью обучения пациентов в «Школе» являлось повышение эффективности лечения ОА путем активного, грамотного и осознанного участия пациентов в процессе лечения и реабилитации.

Основными задачами «Школы» являлись:

1) информирование пациентов о сути их болезни (причинах и механизмах ее развития, кли-

нических проявлениях), современных принципах профилактики обострений;

2) обучение пациентов самоконтролю за симптомами;

3) ознакомление пациентов с соблюдением определенных правил и ограничений при данном заболевании (модификации образа жизни);

4) ознакомление пациентов с различными методами немедикаментозного лечения и принципами медикаментозной терапии;

5) обучение пациентов комплексу физических упражнений;

6) ознакомление пациентов с основами рационального питания;

8) ознакомление пациентов с показаниями к хирургическим методам лечения.

**Целью** настоящего исследования явилось изучение влияния «Школы для пациентов с ОА» на качество жизни и состояние адаптации пациентов с ОА.

**Материал и методы.** Полный цикл обучения в «Школе» прошли 118 пациентов с ОА, но принять участие в исследовании согласились 34 из них (группа №1). Контрольная группа сравнения №2 представлена 34 пациентами с ОА, не посещавшими «Школу». Исследуемые группы были сопоставимы по полу (в обеих преобладали женщины – 30 (88,2%) в группе №1 и 32 (94,1%) в группе №2), возрасту (средний возраст составил соответственно 56,4±2,5 и 58,2±0,8 лет), исходным клиническим данным. В обеих группах преобладало поражение коленных и тазобедренных суставов преимущественно 1-й и 2-й рентгенологической стадии ОА. Все пациенты принимали медленно действующий симптом-модифицирующий препарат хондроитина сульфат по 1г в сутки на протяжении 3 месяцев.

В исследовании использовались: 1) общеклинические методы обследования; 2) оценка функ-

ционального состояния тазобедренных и коленных суставов по суммарному альгофункциональному индексу Лекена (для кокс- и гонартроза) [2, с.481-482]; 3) оценка функциональных возможностей по Станфордской анкете оценки здоровья (HAQ) [3, с.58- 59]; 4) общая оценка боли и оценка боли по визуальной аналоговой шкале (ВАШ); 5) валидированная нами русская версия общего опросника RAND-36 для исследования КЖ [4, с.12–15]; 6) скрининговая методика оценки иммунно-эндокринного звена адаптации Л.Х.Гаркави «Определение реакций адаптации и уровней реактивности организма» [5, с.254–266]; 7) методика Н.И.Гурвича «Определение нервно-психической адаптации» [6, с.89–91].

Статистическая обработка проводилась с помощью программ Statistica 6.0 (Statsoft, США), Microsoft Excel 2007 (Microsoft, США).

**Результаты исследования.** После обучения в «Школе» отмечена достоверная ( $P<0,05$ ) положительная динамика показателей функционального состояния опорно-двигательного аппарата. В контрольной группе в конце наблюдения достоверное улучшение произошло по тем же показателям, что и в группе №1, но положительные изменения были менее выраженными (табл.1). Произошло достоверное ( $P<0,05$ ) уменьшение выраженности болевого синдрома в обеих группах по общей оценке боли и по шкале ВАШ, но более значимо – в основной группе. Аналогично снизились также показатели по индексам Лекена для коксартроза и для гонартроза и по анкете здоровья HAQ (табл.1).

Исследование КЖ показало, что в обеих группах исходно оно статистически не различалось (табл.2).

Таблица 1

**Клиническая характеристика пациентов обеих групп наблюдения до и после исследования,  $M \pm m$**

Признак	Группа 1(n=34)		Группа 2(n=34)	
	До лечения	После лечения	До лечения	После лечения
Суставной счет	3,56 ± 0,41	2,55 ± 0,31	5,14 ± 0,59	3,94 ± 0,59*
Количество воспаленных суставов	0,96 ± 0,3	0,1 ± 0,04	2,07 ± 0,29	1,2 ± 0,08*
Продолжительность скованности, мин.	9,87 ± 3,08	6,75 ± 1,89	9,25 ± 1,62	4,35 ± 0,7
Выраженность скованности	1,5 ± 0,18	0,94 ± 0,12	1,56 ± 0,27	1,32 ± 0,09
Общая оценка боли (баллы от 0 до 3)	1,8 ± 0,11	1,24 ± 0,1	2,09 ± 0,1	1,4 ± 0,1*
ВАШ, баллы	44,96 ± 3,9	17,6 ± 2,38	49,7 ± 2,59	32,3 ± 3,2*
Анкета HAQ (баллы)	3,96 ± 0,44	2,44 ± 0,37	4,58 ± 0,34	3,44 ± 0,3*
Оценка по Лекену (баллы):				
	коксартроз	6,6 ± 0,91	3,24 ± 0,64	8,0 ± 0,47
гонартроз	7,68 ± 0,89	3,76 ± 0,72	8,31 ± 0,62	5,82 ± 0,5*

\* – достоверные различия показателей в группах 1 и 2 до и после лечения,  $P<0,05$

Таблица 2

**Показатели качества жизни в группах наблюдения исходно и в конце периода наблюдения ( $M \pm m$ )**

Показатель КЖ	Группа №1		Группа №2	
	Исходно	В конце	Исходно	В конце
PF	64,4 ± 3,63	68,04 ± 4,08	56,47 ± 3,22	60,88 ± 3,04
RP	38,0 ± 5,63	54,0 ± 5,83*	27,94 ± 5,45	41,91 ± 4,27*
RE	51,28 ± 5,65	63,89 ± 6,78*	43,11 ± 5,94	54,88 ± 6,3
EF	50,6 ± 2,9	58,96 ± 2,39*	44,26 ± 2,07	50,09 ± 2,03*
EW	55,64 ± 2,18	62,2 ± 2,36*	51,91 ± 1,85	54,67 ± 1,97
SF	64,0 ± 4,08	88,52 ± 3,19*	60,29 ± 3,16	65,66 ± 3,2
BP	49,5 ± 2,75	67,4 ± 4,44*	47,37 ± 2,6	56,18 ± 2,84*
GH	43,0 ± 3,54	48,4 ± 3,37	41,91 ± 2,29	44,41 ± 2,24
HC	35,2 ± 3,72	47,0 ± 4,54*	37,5 ± 3,47	45,59 ± 3,5

\* – достоверные различия показателей исходно и в конце периода наблюдения,  $P<0,05$

После обучения в группе обучавшихся лиц произошло достоверное улучшение ( $P < 0,05$ ) всех показателей КЖ, за исключением показателей PF (физического функционирования) и GH (общего восприятия здоровья). При опросе пациентов выяснилось, что после обучения они стали более регулярно заниматься физическими упражнениями, отмечая пользу упражнений, ощущать, что могут управлять болью, 13 человек (38,2%) изменили характер питания в соответствии с рекомендациями лектора. В группе контроля через три месяца достоверная положительная динамика отмечена только по шкалам RP (ролевые ограничения, обусловленные проблемами физического здоровья), EF (энергичность/усталость), BP (телесная боль).

Состояние иммунно-эндокринной составляющей адаптации пациентов (по опроснику Л.Х.Гаркави) отражает долю лиц, адаптация которых отнесена к одному из трех состояний: «здоровье» (нормальное состояние адаптации, соответствующее среднему уровню здоровья), «предболезнь» (напряжение адаптации) и «болезнь» (срыв адаптации).

Результаты исследования влияния «Школы» на состояние иммунно-эндокринного звена адаптации представлены на рис.

В основной группе преобладали пациенты с адаптацией, отнесенной к состоянию предболезни – 14 (41%) и болезни – 12 чел. (35%), состояние здоровья имели 8 чел. (24%). После обучения достоверно увеличилось число пациентов с состоянием здоровья – 14 чел. (41%) и уменьшилось – с состоянием болезни – 3 чел. (9%).

У пациентов контрольной группы уровень предболезни был определен у 12 чел. (35%), состояние болезни – у 16 пациентов (47%) и состояние здоровья – у 6 (18%). В конце наблюдения также достоверно снизилось количество пациентов с состоянием болезни до 11 человек (32%), при этом увеличилось число пациентов с состоянием предболезни – до 17 пациентов (50%).

В результате лечения произошло достоверное улучшение и в состоянии нервно-психического звена адаптации (по Гурвичу) в обеих группах наблюдения. В группе №1 отмечено более отчетливое достоверное снижение баллов с  $30,83 \pm 2,3$  до  $24,41 \pm 2,26$ , а в группе №2 – с  $31,03 \pm 2,69$  до  $27,03 \pm 2,68$  ( $P < 0,05$ ), что однако соответствует болезни (срыву адаптации).

Таким образом:

1. Обучающая программа в виде «Школы для пациентов с ОА» способствует достоверному улучшению показателей функционального состояния суставов (общая оценка боли, оценка боли по ВАШ, тазобедренный и коленный индексы Леке-на, функциональные возможности больных по Станфордской анкете оценки здоровья).

2. «Школа для пациентов с ОА» способствует достоверному повышению практически всех показателей КЖ, за исключением показателей PF (физическое функционирование) и GH (общее восприятие здоровья), что требует дополнительной коррекции лечения и реабилитации.

3. Обучение в «Школе» положительно влияет на состояние адаптации организма, в том числе на иммунно-эндокринную составляющую адаптации (по Л.Х.Гаркави) и нервно-психи-

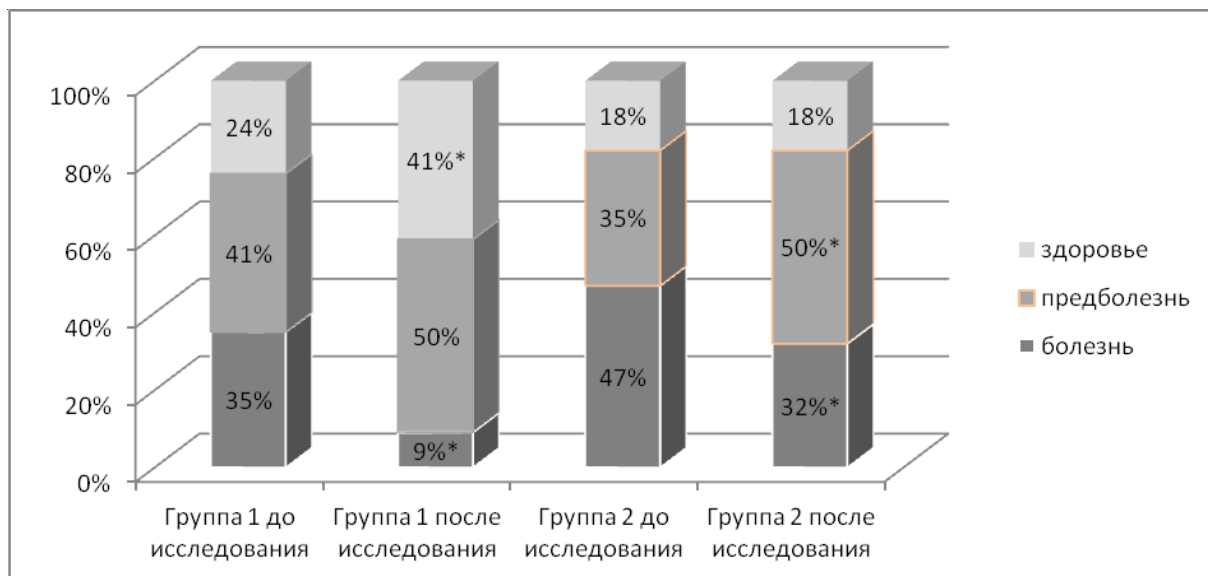


Рис. Состояние адаптации (по опроснику Л.Х.Гаркави) в группах наблюдения (доля пациентов в каждой группе) до и после исследования

\* – достоверные различия в группах наблюдения до и после исследования,  $P < 0,05$

ческую составляющую (по Н.И.Гурвичу): достоверно увеличивает число лиц, относящихся к категории лиц с нормальным состоянием адаптации, соответствующим среднему уровню здоровья.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. An algorithm recommendation for the management of knee osteoarthritis in Europe and internationally: A report from a task force of the European Society for Clinical and Economic Aspects of Osteoporosis and Osteoarthritis (ESCEO) / O. Bruyere, C. Cooper, J. Brauco [et al.] // Seminar sin arthritis and rheumatism. – 2014. – Vol. 44. – №3. – P.253-263.
2. Мазуров, В.И. Клиническая ревматология. Руководство для практических врачей. 2-е изд. / В.И. Мазуров. – Изд-во: Фолиант, 2005. – 520с.
3. Амирджанова, В.Н. Применение модифицированной Станфордской анкеты оценки здоровья у больных ревматоидным артритом / В.Н.Амирджанова // Ревматология. – 1989. – №3. – С.56-61.
4. Практикум по психологии здоровья / под ред. Г.С.Никифорова. – СПб.: Изд-во Питер, 2005. – 353с.
5. Антистрессорные реакции и активационная терапия / Л.Х.Гаркави, Е.Б.Квакина, Т.С.Кузьменко [и др.]. – М.: «ИМЕДИС», 1998. – 656с.

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

#### EFFECT OF TRAINING ON OSTEOARTHRITIS PATIENTS' QUALITY OF LIFE AND ORGANISM ADAPTATION

Mesnikova I.L.

Belarusian State Medical University, Minsk, Republic of Belarus

A study of the training program effect on osteoarthritis (OA) patients' quality of life (QOL) and organism adaptation was carried out. The School for patients with OA was found to reliably improve virtually all indicators of quality of life, the state of the immune and endocrine adaptation level (by L.H.Garkavi) and neuropsychological level (by N.I.Gurvich) and can be recommended for rehabilitation on an outpatient basis.

Keywords: osteoarthritis, training program, quality of life, organism adaptation.

## ДИНАМИКА СУБПОПУЛЯЦИЙ В-ЛИМФОЦИТОВ НА ФОНЕ ТЕРАПИИ ГЕННО-ИНЖЕНЕРНЫМИ БИОЛОГИЧЕСКИМИ ПРЕПАРАТАМИ У ПАЦИЕНТОВ С СИСТЕМНОЙ КРАСНОЙ ВОЛЧАНКОЙ

**А.А.Меснянкина, С.К.Соловьев, Е.Н.Александрова, А.П.Алексанкин,  
Е.А.Асеева, Е.Л.Насонов**

Федеральное государственное бюджетное научное учреждение «Научно-исследовательский институт ревматологии им. В.А.Насоновой» (ФГБНУ НИИР им. В.А.Насоновой),  
г.Москва, Российская Федерация

*Системная красная волчанка остается одним из наиболее тяжелых и прогностически неблагоприятных системных заболеваний, в основе развития которого лежит гиперпродукция аутоантител активированными В-лимфоцитами, что в свою очередь приводит к развитию воспаления и повреждению тканей и органов. Препараты, ориентированные на подавление определенных субпопуляций В-лимфоцитов, позволили достигнуть быстрого подавления аутореактивного процесса, улучшения качества жизни пациента.*

*Ключевые слова: системная красная волчанка, субпопуляции В-лимфоцитов, генно-инженерные биологические препараты*