

# ГОНОАРТРОЗ: МЕЖДУНАРОДНЫЕ СИСТЕМЫ ОЦЕНКИ РЕЗУЛЬТАТОВ РЕАБИЛИТАЦИОННЫХ МЕРОПРИЯТИЙ (ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ)

*Н.Я. Прокопьев, В.А. Мальчевский, Н.П. Козел*

*Тюменский государственный университет, г. Тюмень*

*Тюменская государственная медицинская академия, г. Тюмень*

*МУ «Городская больница» г. Лангепас*

В статье, на основании анализа 17 отечественных и иностранных литературных источников, разбираются преимущества и недостатки комплексных систем оценки ближайших, а так же отдаленных результатов лечения больных с посттравматическим гоноартрозом.

Стремительный рост во всех странах мира процента больных страдающих костно-мышечной патологией, обусловил объявление Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) международной декады (The Bone and Joint Decade 2000 – 2010), направленной на улучшение качества жизни населения, болеющего многочисленными заболеваниями костей, суставов и мышц [1, 3]. В общей структуре болезней костно-мышечной системы по частоте встречаемости деформирующий остеоартроз (ОА) занимает ведущее место [5, 6, 7], в 33 % случаев поражая коленные суставы больного [2].

Критерием, характеризующим эффективность реабилитации пациентов с гоноартрозом ВОЗ определила качество жизни больного [17]. Для оценки качества жизни пациентов с ОА коленных суставов существует ряд международно признанных систем оценок, но отечественные специальные литературные источники посвященные этой проблеме немногочисленны и изданы небольшим тиражом [4, 8]. В результате международно признанные системы оценки качества жизни больных с гоноартрозом в отечественных исследованиях используются весьма ограничено [8]. В связи с выше изложенным обзор иностранных литературных источников посвященных международно признанных систем оценки качества жизни больных с ОА коленных суставов актуален.

Существующие системы оценки качества жизни больных можно условно подразделить на:

- системы оценки качества жизни после эндопротезирования коленного сустава;
- системы оценки качества жизни после артропластики коленного сустава;
- системы оценки качества жизни коленного сустава при травмах и дегенеративно-дистрофических заболеваниях.

В первую группу систем оценки качества жизни использующихся после эндопротезирования коленного сустава входят Knee-Rating Scale, Bris-

tol Knee Score, Knee Scoring Scale, Lysholm Knee Scoring Scale.

Шкала Оценки Коленного Сустава (Knee-Rating Scale) разработана для оценки результатов эндопротезирования коленного сустава [10]. Отражает шесть категорий показателей (боль, функция нижней конечности, амплитуда движений, мышечная сила, ограничение сгибания, нестабильность в суставе). Оценка производится в баллах, максимальная общая сумма равна 100. При сумме баллов 85 и более результат эндопротезирования оценивается как отличный, при сумме от 70 до 84 баллов – как хороший, от 60 до 69 – как удовлетворительный и менее 60 – неудовлетворительный.

Шкала для Коленного Сустава Бристоля (Bristol Knee Score) также предназначена для оценки результатов эндопротезирования коленного сустава [13]. Включает в себя 4 категории показателей (функция, боль, амплитуда движений, деформация). Оценка производится в баллах, максимальная общая сумма равна 50. При сумме баллов 41 – 50 результат операции оценивается как отличный, при сумме от 36 до 40 баллов – как хороший, от 30 до 35 – как удовлетворительный и менее 30 – неудовлетворительный или плохой.

Балльная Шкала для Коленного Сустава (Knee Scoring Scale) разработана для оценки результатов эндопротезирования коленного сустава [12]. Шкала отражает 13 категорий показателей (Боль и активность, способность одевать туфли и носки, ходьба по лестнице, походка, припухлость сустава, сгибательная контрактура, амплитуда сгибания, наличие симптома переднего «выдвижного ящика», наличие ротационной нестабильности, стабильность боковой связки, боль при сгибании и разгибании в суставе, боль при ротации, наличие варуса или вальгуса). Оценка производится в баллах, максимальная общая сумма равна 103 баллам.

Балльная Шкала для Коленного Сустава Лисхольма (Lysholm Knee Scoring Scale) разработана

для оценки результатов эндопротезирования коленного сустава [16]. В шкале нашли отражение 7 категорий показателей (хромота, использование дополнительных средств опоры, наличие блокирования сустава, наличие нестабильности сустава, боль, припухлость сустава, ходьба по лестнице, сидение на корточках). Оценка производится в баллах, максимальная общая сумма равна 100 баллам.

Во вторую группу систем оценки качества жизни использующихся после артропластики коленного сустава входят Knee Society Clinical Rating System, Oxford-12 item Knee Score.

Клиническая Система Оценки Общества Коленного Сустава (Knee Society Clinical Rating System) разработана международным Обществом Коленного Сустава, за основу была взята представленная выше Шкала Оценки Коленного Сустава [11]. Эта система предложена как наиболее простая и вместе с тем – наиболее точная и объективная. Она включает в себя две отдельные шкалы, оценивающие состояние самого коленного сустава и функциональные возможности пациента. В отличие от ранее предложенных шкал на качество этой системы не влияют ни возраст, ни общее состояние больного.

Для оценки состояния самого коленного сустава используются три основных параметра: боль, стабильность и амплитуда движений. При наличии сгибательной контрактуры, дефицита разгибания и отклонения от оси конечности их значения следует вычитать из общей суммы. Таким образом, 100 баллов могут быть получены больным при наличии ровных коленных суставов, отсутствии боли, 125 градусах амплитуды движений и отсутствии передне-задней и боковой нестабильности.

При анализе функциональных возможностей пациентов оцениваются только дистанция передвижения и ходьба по лестнице за вычетом дополнительных средств опоры. Дистанция передвижения выражена в блоках (примерно 100 метров). Максимальное значение функции, которое также равно 100 баллам, может быть получено пациентом, который может пройти неограниченное расстояние и нормально ходить вверх и вниз по лестнице.

Обществом Коленного Сустава данная система рекомендована к широкому использованию хирургами-ортопедами при докладах о результатах артропластики коленного сустава.

Оксфордская Шкала для Коленного Сустава из 12-пунктов (Oxford-12 item Knee Score) – новый и хорошо валидизированный опросник оценки исходов после артропластики коленного сустава, разработанный в Великобритании [9]. Состоит из 12 вопросов субъективно характеризующие две категории боль и функцию коленного сустава. Ответы на вопросы оцениваются в баллах от 1 до 5. Подсчет баллов по тесту производится простым суммированием. Максимальная возможная общая сумма равна 60 баллам, минимальная – 12.

В третью группу систем оценки качества

жизни использующихся при травмах и дегенеративно-дистрофических заболеваниях коленного сустава входит Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score, или KOOS.

Шкала Исхода Травмы и Остеоартроза Коленного Сустава (Knee Injury and Osteoarthritis Outcome Score, или KOOS) [14, 15] разработана как инструмент для оценки мнения пациента о своем коленном суставе и связанных с этим суставом проблемах. Шкала предназначена для использования при травмах коленного сустава (повреждениях передней крестообразной связки, менисков, хряща), результатом которых может быть развитие посттравматического остеоартрита. Она может быть повторно использована через короткие или длительные временные промежутки для оценки изменения состояния пациентов в течение нескольких недель при проведении различных видов лечения (медикаментозного, оперативного кинезотерапии) или в течение нескольких лет с момента получения травмы или развития посттравматического остеоартрита. Может применяться для оценки состояния как отдельных пациентов, так и групп больных.

KOOS состоит из 5 подшкал (боль; другие жалобы-симптомы; ADL; функция ноги во время спорта и отдыха; качество жизни, связанное с коленным суставом). При ответах на вопросы учитывается оценка состояния пациента за последнюю неделю. На каждый вопрос предлагаются 4 варианта ответов, которые оцениваются в баллах от 0 до 4 (нет – 0, незначительно – 1, умеренно – 2, сильно – 3, чрезмерно – 4). Для каждой подшкалы подсчитывается сумма баллов. Затем производится пересчет баллов по специальным формулам, что позволяет по каждой подшкале получить балльную оценку от 100 баллов до 0. При этом 100 баллов соответствуют отсутствию симптомов, а 0 баллов показывают, что симптомы резко выражены. По результатам анкетирования выстраивается так называемый профиль исхода.

Изучая доступные нам специальные иностранные литературные источники, посвященные системам оценки качества жизни у больных с ОА коленного сустава нами, к сожалению не обнаружено каких либо статей, в которых обсуждались их достоинства и недостатки, что делает дискуссию по этой проблеме невозможной.

### Заключение

Анализируя приведенные выше международно признанные системы оценок предназначенные для оценки качества жизни пациентов с ОА коленных суставов можно прийти к следующему выводу, что они на основе субъективного мнения больного о своем самочувствии на момент исследования и данных клинического обследования врача позволяют оценить качество жизни пациента. Однако, на наш взгляд, недостатком выше перечисленных систем оценки является то, что они не учитывают данные лабораторного и рентгенологи-

ческого методов диагностики. В результате получается абсурдная ситуация, когда на фоне проводимой терапии дегенеративно-дистрофический процесс в суставах может интенсивно прогрессировать, но если клинические проявления минимальны – качество жизни снижается незначительно и проводимая терапия признается эффективной. Поэтому, с точки зрения патогенетического лечения, мнение о том, что эти системы оценок объективно оценивают результаты проведенного лечения весьма спорно. На наш взгляд, с точки зрения патогенетической терапии для комплексной объективной оценки результатов проведенного лечения необходимо разработать систему, оценивающую не только субъективное мнение больного своим самочувствием на момент исследования, данные клинического обследования врача, но и лабораторного и рентгенологического методов диагностики.

#### Литература

1. Вялков, А.И. Основные задачи международной декады (*The Bone and Joint Decade 2000 – 2010*) в совершенствовании борьбы с наиболее распространенными заболеваниями опорно-двигательного аппарата в России / А.И. Вялков, Е.И. Гусев, А.Б. Зборовский // *Научно-практическая ревматология*, 2001. – № 2. – С. 4–8.
2. Загородний, Н.В. Остеоартроз / Н.В. Загородний, В.П. Терешенков // *Заболевания суставов. Приложение к журналу «Здоровье»*, 2002. – № 2. – С. 4–20.
3. Насонова, В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям (*The Bone and Joint Decade 2000 – 2010*) / В.А. Насонова // *Русский медицинский журнал*, 2000. – Т. 8. – № 9. – С. 369–371
4. Сергеев, С.В. Результаты хирургической реабилитации больных с разрывами связочного аппарата коленного сустава в остром периоде травмы / С.В. Сергеев, А.М. Невзоров, А.Б. Футрык и др. // *Медико-социальная экспертиза и реабилитация*, 2003. – № 2. – С. 39–45.
5. Трофимович, Н.И. Медико-социальная экспертиза при дегенеративно-дистрофических поражениях коленного сустава / Н.И. Трофимович // *Здравоохранение (Белоруссия)*, 1999. – № 2. – С. 27–29.
6. Цурко, В.В. Остеоартроз / В.В. Цурко, Н.А. Хитров // *Терапевтический архив*, 2000. – Т. 72. – № 5. – С. 62–66.
7. Фадиенко, Г.Р. Медико-социальные проблемы костно-мышечных заболеваний в XXI веке: материалы научно-практической конференции посвященные двадцатилетию Областного ревматологического центра / Г.Р. Фадиенко. – Тюмень, 2003. – С. 16–18.
8. Шкалы, тесты, и опросники в медицинской реабилитации: руководство для врачей и научных работников / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Щенетовой. – М.: Антисдор, 2002. – 440 с.
9. Dawson J. Questionnaire on the perceptions of patients about total knee replacement / J. Dawson, R. Fitzpatrick, D. Murray, A. Carr // *Journal of bone and joint surgery British volume*, 1998. – Vol. 80. – № 1. – P. 63–69
10. Insall J.N. A comparison of four models of total knee-Replacement Prostheses / J.N. Insall, Chitranjan S. Ranawat, Paolo Agietti, J.Snine. // *Journal of bone and joint surgery American volume*, 1976. – Vol. 58. – P. 754–765.
11. Insall J.N. Rationale of the Knee Society Clinical Rating System / J.N. Insall, L.D. Dorr // *Clinical orthopaedics and related research*, 1989. – Vol. 248. – P. 13–14.
12. Kettelkamp D.B. Development of knee scoring scale / D.B. Kettelkamp, C. Yhompson // *Clinical orthopaedics and related research*, 1975. – Vol. 107. – P. 93–99.
13. MacKinnon J. The St. George sledge for unicompartimental replacement of the knee / J. MacKinnon, S. Young, R.A. Baily // *Journal of bone and joint surgery British volume*, 1988. – Vol. 70. – P. 217–223.
14. Roos E.M., Roos H.P., Ekdhahl C et al. Knee injury and Osteoarthritis Outcomes Score (KOOS)-validation of a Swedish version // *Scandinavian journal of medicine and science in sports*, 1998. – № 8. – P. 439–448.
15. Roos E.M. Knee injury and Osteoarthritis Outcomes Score (KOOS)-development of a self-administered outcome measure / E.M. Roos, H.P. Roos, L.S Lohmander et al. // *The journal of orthopaedic and sports physical therapy*, 1998. – Vol.78. – № 2. – P. 88–96.
16. Tegner Y Rating system in evaluation of knee ligament injuries / Y Tegner, J. Lysholm // *Clinical orthopaedics and related research*, 1985. – Vol. 198. – P. 43–49
17. Testa M.A. Assessment of quality of life outcomes / M.A. Testa, D.S. Simonson // *New England journal of medicine*, 1996. – № 334. – P. 835–840.