

Особенности клинического течения остеоартроза у лиц пожилого и старческого возраста

С.М. Шукурова, З.Д. Хамроева, Ш.Ш. Почоджанова, Б.Р. Шодиев
Кафедра пропедевтики внутренних болезней ТГМУ им. Абуали ибни Сино

В статье приведены результаты исследования 120 больных с остеоартрозом (ОА), обратившихся в ревматологическое отделение Городской клинической больницы №5 им. К.Т. Таджикива (г.Душанбе) за период 2013 – 2014 гг.

Установлено, что у лиц пожилого и старческого возраста выявлен ряд особенностей суставных поражений остеоартроза, характеризующихся ростом регистрации генерализованной формы, которыми страдают чаще женщины: до 59 лет соотношение мужчин и женщин составляет 1:2, а в возрастной категории ≥ 75 лет этот показатель равен 1:5. Так же выявлено, что характерной особенностью течения ОА у лиц пожилого и старческого возраста является полиморбидность, где в возрастной категории до 59 лет число выявленных сопутствующих заболеваний составляет $2,9 \pm 1,5$, а у лиц старше 75 лет – этот показатель равен $4,7 \pm 2,5$.

Ключевые слова: остеоартроз, пожилой возраст, полиморбидность

Актуальность изучения остеоартроза (ОА) обусловлена его медико-социальным значением в связи с увеличением роста заболеваемости и высокой инвалидностью. В структуре ревматических заболеваний ОА занимает одно из первых мест, клинические симптомы которого, в целом, наблюдаются более чем у 10 – 20% населения земного шара [1]. Зачастую рентгенологические признаки ОА опережают клинические, частота выявляемости которых нарастает с возрастом. Среди людей старше 60 лет каждый третий имеет проявления ОА [2]. Группа исследователей считает, что к 2020 году ОА будут страдать 71% населения в возрасте старше 65 лет [3].

Повышенный интерес к изучению ОА связан ещё и с тем, что данное заболевание позиционируется как болезнь с высокой коморбидностью у лиц пожилого возраста [4] и поэтому постоянно находится в поле зрения клиницистов. Так, в исследовании «случай - контроль» [6], проведённом в Великобритании, при сравнении частоты развития коморбидности у 11375 больных с ОА было выявлено увеличение частоты ожирения в 2,25 раза, гастрита – в 1,98 раза, флебитов – в 1,8 раза, ИБС – в 1,73 раза. По данным ряда авторов [8-10], наиболее частыми сопутствующими патологиями являются артериальная гипертензия (АГ) и ишемическая болезнь сердца (ИБС).

Сопутствующие состояния у больных с ОА создают дополнительные сложности ведения пациентов. При этом, стоит отметить необходимость индивидуаль-

ного подхода к каждому больному, на фоне стандартизации оказания медицинской помощи в целом, стремиться к целевым уровням компенсации комплексных нарушений с целью улучшения качества жизни больных, уменьшения сроков госпитализации. В Республике Таджикистан особенности клинической характеристики ОА у лиц пожилого возраста не изучены. Проведение комплексного исследования ОА в пожилом возрасте в республике особенно востребовано, поскольку встречается крайне низкая осведомлённость и сложность ведения этой категории больных.

Цель исследования. Оценка клинического течения остеоартроза у лиц пожилого и старческого возраста.

Материал и методы. В исследование были включены 120 пациентов, страдающих остеоартрозом, поступивших на стационарное лечение в кардиоревматологическое отделение Городской клинической больницы №5 им. К.Т. Таджикива в 2013 – 2014 гг. Диагноз остеоартроза верифицировался согласно диагностическим требованиям, рекомендованным Ассоциацией ревматологов России с учётом критериев R.D. Altmanна (1995г.), и формулировался согласно Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10), подготовленной ВОЗ (Женева, 1992г.). Критерием включения больных в исследование служил: верифицированный диагноз ОА и возраст старше 45 лет. Критери-



ем исключения являлось: наличие тяжёлых форм сопутствующих заболеваний с высоким риском смертности в течение года.

Согласно задачам исследования все пациенты были распределены на 3 возрастные группы: I группа (n=60) – возраст 60 – 74 года, средний возраст $65,1 \pm 3,34$ года, II группа (n=30) – лица старше 75 лет, средний возраст которых составил $78,7 \pm 4,03$ года, III группа (n=30) – больные ОА моложе 59 лет, средний возраст $53,0 \pm 6,1$ года. Средняя длительность болезни на момент обращения составила $9,2 \pm 0,62$ года. Течение ОА у лиц пожилого и старческого возраста сравнивалось с таковым в группе лиц моложе 59 лет.

Больные (n=120) с верифицированным диагнозом остеоартроза проходили комплексное клинико-лабораторное и инструментальное исследование в условиях стационара. Оценка артрологического статуса проводилась с учётом функциональных проб по индексам Лекена (баллы) и выраженности болевого синдрома по визуальной аналоговой шкале (ВАШ, мм) в наилучшие и наихудшие моменты болезни, а также для определения уровня интенсивности болевого синдрома.

- 1) Альгофункциональный индекс Лекена (Lequesne questionnaire) для исследования функций коленного и тазобедренного суставов, включающий оценку боли в покое, при ходьбе, при подъёме на лестницу (5 вопросов), максимально проходимого расстояния (1 вопрос) и повседневной активности (4 вопроса). По итогам суммирования балльной оценки каждого вопроса выставлялся счёт тяжести состояния.
- 2) Болевая симптоматика оценивалась по 100-мм визуальной аналоговой шкале (ВАШ), которая отражает выраженность суставной боли по мнению самого пациента, где 0 означает отсутствие боли, а 100 – максимальную её интенсивность.

- 3) С помощью индекса коморбидности Чарлсона оценивался отдалённый прогноз летальности для пациентов старших возрастов. Индекс состоит из балльной системы оценки (от 0 до 40) суммирующей наиболее часто встречаемые сопутствующие заболевания. Каждому заболеванию предоставляется определённый балл, а так же один балл добавляется на каждые 10 лет жизни у пациентов старше 40 лет (40-49 лет – 1 балл, 50 - 59 лет – 2 балла, и т. д.).

Обработка статистических данных проводилась с помощью пакета прикладных программ STATISTICA 6.0. Использовалась простая описательная статистика, результаты которой представлены в виде средних значений. Для сравнения двух независимых групп использовался U-критерий Манна-Уитни. Сравнение трёх и более независимых групп проводилось с применением метода ANOVA по H-критерию Краскеля-Уолисса. Сравнение двух зависимых выборок проводили с помощью T-критерия Вилкоксона. Во всех случаях нулевая гипотеза отвергалась при $p < 0,05$.

Результаты и их обсуждение. Анализ больных с ОА по половому признаку в исследуемых группах показал, что соотношение женщин и мужчин с возрастом меняется (рис.1).

Как видно из рисунка, соотношение мужчин и женщин в возрастной категории старше 75 лет составило 1:5, против 1:2 – в группе больных младше 59 лет. Этот факт можно объяснить факторами, предрасполагающими к развитию ОА у женщин, среди которых постменопаузальная гормональная перестройка, наследственная отягощённость и избыточный вес – всё чаще наблюдаемый среди представительниц слабого пола.

Далее был проведён анализ суставных поражений (рентгенологическая стадия и степень нарушения функции суставов) в сравниваемых группах (табл. 1).

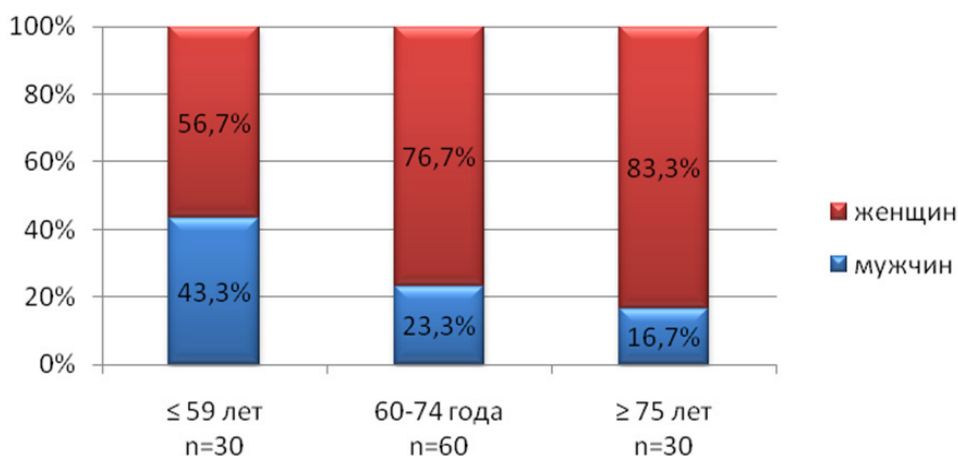


РИС. 1. СООТНОШЕНИЕ МУЖЧИН И ЖЕНЩИН СРЕДИ БОЛЬНЫХ С ОА В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

ТАБЛИЦА 1. ХАРАКТЕРИСТИКА БОЛЬНЫХ С ОА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ РЕНТГЕНОЛОГИЧЕСКОЙ СТАДИИ (ПО KELLGREN И LAWRENCE, 1957) И СТЕПЕНИ НАРУШЕНИЯ ФУНКЦИИ СУСТАВОВ (ПО LEQUESNE, 1982)

| Признак | ≤ 59 лет n=30 | | 60-74 года n=60 | | ≥ 75 лет n=30 | |
|--------------------------------------|------------------|------|--------------------|------|------------------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| Рентгенография (стадия) | | | | | | |
| I | 3 | 10,0 | 7 | 11,7 | 2 | 6,7 |
| II | 16 | 53,3 | 36 | 60,0 | 11 | 36,7 |
| III | 11 | 36,7 | 16 | 26,6 | 16 | 53,3 |
| IV | 0 | 0 | 1 | 1,7 | 1 | 3,3 |
| Нарушение функций суставов (степень) | | | | | | |
| 0 | 5 | 16,7 | 7 | 11,7 | 2 | 6,7 |
| I | 17 | 56,6 | 38 | 63,3 | 10 | 33,3 |
| II | 8 | 26,7 | 14 | 23,3 | 17 | 56,7 |
| III | 0 | 0 | 1 | 1,7 | 1 | 3,3 |

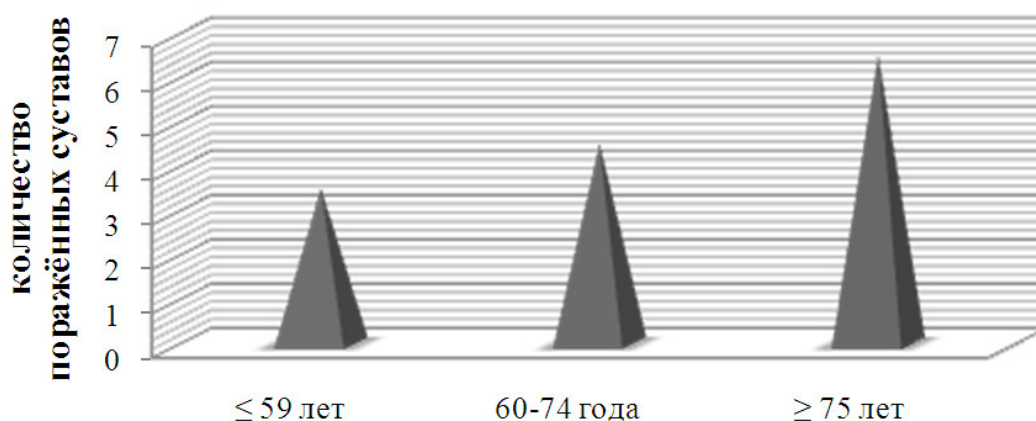


РИС. 2. КОЛИЧЕСТВО ПОРАЖЁННЫХ СУСТАВОВ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

Как видно из данных таблицы, среди исследуемых больных преобладали лица с I и II рентгенологической стадией, тогда как в группе старческого возраста чаще встречается II-III стадии, что свидетельствовало о прогрессировании болезни с возрастом. Аналогичная картина наблюдается и при анализе степени нарушения функций суставов: I степень – у 61,1% больных моложе 74 лет и II степень – у 56,7% больных старшей возрастной группы.

Сравнительный анализ количества поражённых суставов в зависимости от возраста так же представлял интерес. Так установлено, что количество поражённых суставов в различных возрастных группах неоднозначно, составляет в среднем 4,7 и варьирует от 1 до 13.

На рисунке 2 отражено среднее количество поражённых суставов в зависимости от возраста больных с ОА.

Как видно из рисунка, количество поражённых суставов увеличивается с возрастом. Так, в группе

больных младше 59 лет (n=30) этот показатель составил 3,5 (от 1 до 4) суставов, тогда как у лиц пожилого возраста – 4,0 (от 2 до 7) и 6,5 (от 3 до 12) суставов, соответственно (p<0,001).

Нами был проведён также анализ локализации поражённых суставов в зависимости от возраста (табл.2).

Как видно из таблицы, межфаланговые и плече-лопаточные суставы с возрастом вовлекаются в процесс чаще (12; 42; 57 и 14; 28; 32), тогда как суставы таза, стоп и коленей поражаются с одинаковой частотой во всех возрастных группах.

У лиц старших возрастов поражаются коленные (43,8%), межфаланговые (20,4%), голеностопные (14,7%) и плече-лопаточные (13,6%). Тогда как, поражение тазобедренных и локтевых суставов встречается одинаково реже – 4% и 3%, соответственно. Каждый третий из обследованных больных с ОА госпитализирован с явлениями синовита (29,2%). Признаки синовита чаще регистрировались в группе лиц младше 60 лет (36,7%), реже в старших возраст-



ТАБЛИЦА 2. ТОПИКА ПОРАЖЕНИЙ СУСТАВОВ В РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

| Поражённые суставы | ≤ 59 лет n=30 | 60-74 года n=60 | ≥ 75 лет n=30 | Всего n=120 |
|-----------------------------------|------------------|--------------------|------------------|----------------|
| | Абс. | Абс. | Абс. | Абс. |
| Межфаланговые | 12 | 42 | 57 | 111 |
| Локтевые | 4 | 8 | 5 | 17 |
| Плече-лопаточные | 14 | 28 | 32 | 74 |
| Тазобедренные | 8 | 7 | 8 | 23 |
| Коленные | 58 | 120 | 60 | 238 |
| Голеностопные | 10 | 36 | 34 | 80 |
| В среднем у одного больного с ОА: | 3,53 | 4,02 | 6,53 | 4,7 |

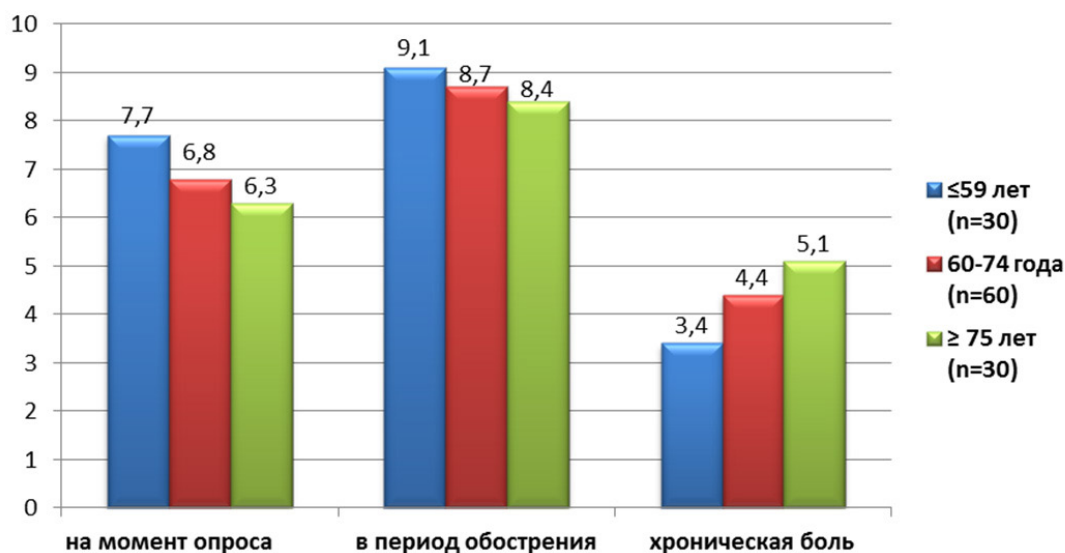


РИС. 3. ИНТЕНСИВНОСТЬ БОЛИ ПО ВАШ (ММ) У БОЛЬНЫХ С ОА В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

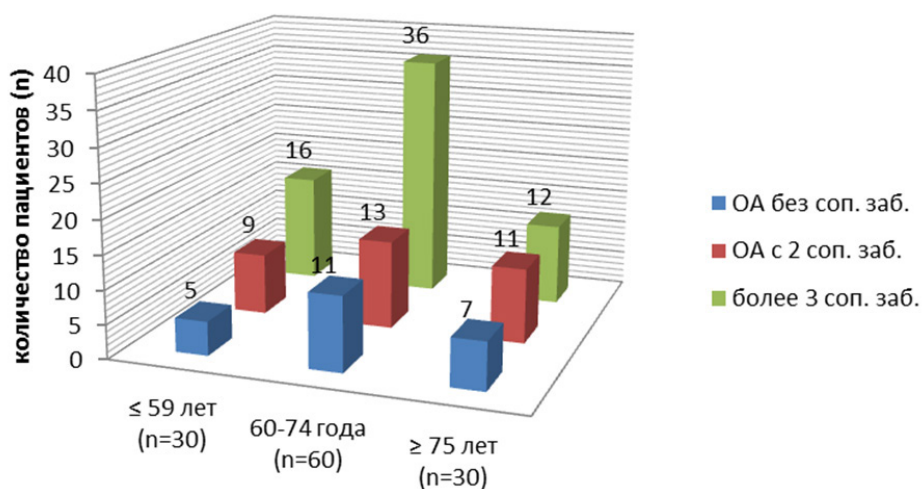


РИС. 4. ЧАСТОТА КОМОРБИДНОГО ТЕЧЕНИЯ ОА В РАЗНЫХ ВОЗРАСТНЫХ ГРУППАХ

**ТАБЛИЦА 3. ХАРАКТЕРИСТИКА СОПУТСТВУЮЩЕЙ ПАТОЛОГИИ
У БОЛЬНЫХ С ОА РАЗЛИЧНЫХ ВОЗРАСТОВ (n=120)**

| Сопутствующая патология | ≤ 59 лет n=30 | | 60-74 года n=60 | | ≥ 75 лет n=30 | |
|---|------------------|------|--------------------|------|------------------|------|
| | Абс. | % | Абс. | % | Абс. | % |
| ОА без коморбидности | 5 | 16,6 | 13 | 21,6 | 7 | 23,3 |
| Хронические болезни бронхов и лёгких | 2 | 6,7 | 2 | 3,3 | 4 | 13,3 |
| Артериальная гипертония | 16 | 53,3 | 38 | 63,3 | 22 | 76,7 |
| ИБС, в том числе и перенесённый инфаркт миокарда | 8 | 26,7 | 25 | 41,7 | 12 | 40 |
| Хроническая сердечная недостаточность (ХСН) II степени | 1 | 3,3 | 17 | 28,3 | 9 | 30 |
| Варикозная болезнь | 1 | 3,3 | 4 | 6,7 | 6 | 20 |
| Гастродуодениты, в том числе язвенная болезнь в анамнезе | 7 | 23,3 | 21 | 35 | 13 | 43,3 |
| Метаболический синдром | 10 | 33,3 | 14 | 23,3 | 4 | 13,3 |
| Поражение печени и жёлчного пузыря | 9 | 30 | 10 | 16,7 | 4 | 13,3 |
| Болезни мочевыделительной системы (пиелонефриты, аденома) | 8 | 26,7 | 12 | 20 | 7 | 23,3 |
| Остеохондроз | 10 | 33,3 | 23 | 38,3 | 17 | 56,7 |
| Среднее число сопутствующих патологий на одного больного | 2,9 | | 3,5 | | 4,3 | |

ных группах (28,3% и 23,3%, соответственно; $p < 0,05$). Излюбленной локализацией синовита были коленные суставы (18,3%).

Интенсивность боли оценивалась по 3 показателям ВАШ. Оценивали боль в период обострения болезни, хронического боль и на момент опроса. Результаты представлены на рисунке 3.

Уровень выраженности болевого синдрома при поступлении и в период обострения болезни был сопоставим во всех трёх группах. На момент опроса, интенсивность боли пациенты группы младше 59 лет оценивали выше, нежели лица старших возрастов, тогда как уровень хронической боли оценивался выше лицами пожилого и старческого возрастов ($p < 0,001$).

Оценивалось сочетание сопутствующих заболеваний в каждой возрастной группе (рис.4).

Всего у 25 больных (20,5%) с ОА не наблюдались сопутствующие заболевания. Наибольшее количество сопутствующих заболеваний (более 3) наблюдалось в возрастной категории 60 – 74 года (у 36 больных), против 16 и 12 – в подгруппах лиц ≤59 и ≥75 лет, соответственно. Характер сопутствующей патологии представлен в таблице 3.

Отмечено, что в каждой возрастной группе больных с ОА наблюдается от двух до четырёх, а то и более, сопутствующих патологий (от 0 до 7).

Кардиоваскулярные заболевания лидируют в представленных возрастных группах. Так, АГ в возрастных группах ≤59 лет, 60 – 74 года и ≥75 лет встречается в 53,3%, 63,3% и 76,7%, соответственно. Аналогичная тенденция наблюдается и с ИБС: 26,7%, 41,7% и 40% — по возрастам. У каждого второго больного в возрастной категории ≥75 лет встречается остеохондроз позвоночника. Болезни желудочно-кишечного тракта замыкают тройку лидерства.

В возрастной категории ≤59 лет болезни мочевыделительной системы и метаболический синдром встречаются почти с одинаковой частотой (26,7% и 23,3%), а в возрастных категориях 60 – 74 года и ≥75 лет количество больных с ОА и метаболическим синдромом имеет тенденцию к уменьшению – 23% и 13%, соответственно.

Анализ 10-летней выживаемости пациентов с различными сопутствующими заболеваниями позволил определить, что с увеличением возраста увеличивается индекс коморбидности, составляя 6,1 у лиц старше 75 лет (табл. 4).



ТАБЛИЦА 4. ПРОГНОЗ 10-ЛЕТНЕЙ ВЫЖИВАЕМОСТИ У БОЛЬНЫХ С ОА НА ОСНОВЕ ИНДЕКСА КОМОРБИДНОСТИ ПО М.Е. CHARLSON (1992 г.) В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ВОЗРАСТА

| Сопутствующая патология | ≤ 59 лет n=30 | 60-74 года n=60 | ≥ 75 лет n=30 |
|---|------------------|--------------------|------------------|
| | Абс. | Абс. | Абс. |
| Перенесённый инфаркт миокарда | 0 | 5 | 4 |
| Застойная сердечная недостаточность | 1 | 17 | 9 |
| Цереброваскулярные нарушения в анамнезе | 5 | 13 | 9 |
| Болезнь периферических артерий | 1 | 3 | 4 |
| Хронические болезни лёгких | 2 | 2 | 4 |
| Болезни хряща и соединительных тканей: | | | |
| остеоартроз | 30 | 60 | 30 |
| остеохондроз | 10 | 23 | 17 |
| Язвенная болезнь в анамнезе | 2 | 9 | 6 |
| Лёгкое поражение печени | 5 | 6 | 2 |
| Сахарный диабет типа 2 | 3 | 2 | 2 |
| Болезни почек лёгкой и средней тяжести | 6 | 12 | 7 |
| Сумма баллов | 65 | 152 | 94 |
| Среднее значение | 2,2 | 2,5 | 3,1 |
| Возраст старше 40 | +1 балл | +2 балла | +3 балла |
| Среднее число баллов | 3,2 | 4,5 | 6,1 |
| Прогноз 10-летней выживаемости | 60% | 40% | 10% |

В результате пересчёта индекса коморбидности, прогноз 10-летней выживаемости резко уменьшается с возрастом и ростом количества совместно протекающих заболеваний. Так, в группе больных с ОА младше 59 лет более 10 лет проживут около 60%, тогда как в группе лиц старше 75 лет этот показатель снижается до 10%.

В настоящее время в обществе наблюдается тенденция к увеличению продолжительности жизни и нарастанию доли пожилого контингента. Наряду с этим, ожидается также и увеличение распространённости остеоартроза, поскольку данное заболевание ассоциируется с возрастом [2].

Полученные нами результаты выявили чёткую связь клинического течения остеоартроза от таких демографических показателей, как возраст и пол. В частности отмечено, что средний возраст пациентов в дебюте заболевания составлял $52,6 \pm 2,6$ года, а тяжесть и частота симптомов ОА нарастала с каждым годом жизни, что согласуется с аналогичными исследованиями, проведёнными среди лиц пожилого возраста [7].

Другим усугубляющим фактором риска развития остеоартроза среди лиц пожилого возраста является половая принадлежность [8-9]. Согласно полу-

ченным данным, ОА чаще наблюдалось у женщин (72,5%), чем у мужчин (27,5%) и количество женщин, страдающих ОА, составляло 83,3% среди группы больных старческого возраста. Среди артрологических характеристик были выявлены такие особенности, как рост количества вовлечённых суставов с увеличением возраста, наряду с уменьшением регистрации количества синовитов.

Тяжесть клинического течения остеоартроза зависит не только от демографических показателей, но обусловлена также и наличием сопутствующих заболеваний, число которых нарастает с возрастом. Среди коморбидных заболеваний исследуемых нами больных, лидирующие позиции занимали артериальная гипертония (64,4%), ИБС (36,1%), следующими по частоте встречаемости были отмечены остеохондроз (42,8%) и болезни ЖКТ (39,9%). Замыкающие места распределялись между заболеваниями мочевыделительной системы (23,3%) и хроническими поражениями бронхов и лёгких (7,8%).

Характерной особенностью течения ОА у лиц пожилого и старческого возраста является полиморбидность. Так, в возрастной категории до 59 лет число сопутствующих заболеваний составляет $2,9 \pm 1,5$, а у лиц старше 75 лет этот показатель равен $4,7 \pm 2,5$. Наши данные сопоставимы с результатами других



многочисленных наблюдений, свидетельствующих о том, что ОА чаще всего сочетается с разнообразными соматическими патологиями, такими как АГ, ИБС, сахарный диабет и др. [1-5]. Оценка коморбидности позволила определить факторы риска смертности у пациентов с ОА, среди которых отмечаются: тяжесть заболевания, пожилой возраст и наличие более 2-х коморбидных состояний.

Таким образом, для пациентов с ОА в сравниваемых возрастных группах свойственны ряд особенностей, среди которых рост женского контингента с возрастом, прогрессирование рентгенологических стадий ОА и функциональных нарушений суставов, увеличение количества поражённых суставов при обратной регрессии синовита.

При этом, прогноз 10-летней выживаемости коррелирует с числом сопутствующих заболеваний.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бадочкин В.В. Остеоартроз: современное состояние проблемы и тактика лечения / В.В. Бадочкин // РМЖ Ревматология. – 2012. – № 7. – С. 376-380.
2. Галушко Е.А. Структура ревматических заболеваний среди взрослого населения России по данным эпидемиологического исследования / Е.А.Галушко [и др.] // Научно-практическая ревматология. – 2009. – № 1. – С.11-17.
3. Васильева Л.В. Остеоартроз и метаболический синдром – современное видение проблемы / Л.В.Васильева, Д.И.Лахин // Вестник новых медицинских технологий. -2012. – Т. XIX, № 4. – С.40.
4. Насонова В.А. Ревматические заболевания в Российской Федерации в начале XXI века глазами статистики / В.А. Насонова, О.М. Фоломеева, Ш.Ф. Эрдес // Терапевтический архив. – 2009. – № 6. – С.5-10.
5. Aggressive Cardiovascular Phenotype of Aneurysms-Osteoarthritis Syndrome Caused by Pathogenic SMAD3 Variants / Van der Linde D [et al.] // J Am Coll Cardiol. – 2012. May 12 PMID: 22638990 [PubMed – in process].
6. Epidemiology of OA and associated comorbidities// American Academy of Physical / Suri [et al.] // Medicine and Rehabilitation. – 2012. – Vol. 4. – P.10.
7. The Multicenter Osteoarthritis Study (MOST): Opportunities for Rehabilitation Research / N.A.Segal [et. al.] // PM R. – 2013. – Vol. 5(8). – P.91-95.
8. Хрупкость как фактор развития ограничений жизнедеятельности лиц старческого возраста с полиморбидностью / Н.К.Горшунова [и др.] // Медицинский научно-практический журнал «Семейный врач». – 2011. – Т. 15, № 4. – С.55-56.
9. Biomechanical considerations in the pathogenesis of osteoarthritis of the knee / Andras Heijink [et al.] // Knee Surg Sports Traumatol Artthrosc. – 2012. – Vol. 43. – P.603-609.
10. Каратеев А.Е. Как избежать развития сердечно-сосудистых осложнений при лечении боли / А.Е.Каратеев, Е.Л.Насонов // Consilium medicum. – 2008. – Т. 10, № 2. – С.44-50.



Summary

Feature of clinical course of osteoarthritis in elderly and senile patients

S.M. Shukurova, Z.D. Hamroyeva, Sh.Sh. Pochojanova, B.R. Shodiev

Chair of Propaedeutics of Internal Medicine Avicenna TSMU

The article presents the results of a study 120 patients with osteoarthritis (OA), treated in Rheumatology department of City Clinical Hospital №5 named after K.T. Tajiev (Dushanbe) for the period 2013 - 2014.

In elderly and senile patients are revealed some features of articular lesions in osteoarthritis that is characterized by increasing of generalized form, which affects women mainly: ratio of male before 59 years to female is 1:2, and in the age group ≥ 75 years is 1:5, respectively. Polymorbidity is also typical in these age groups especially up to 59 years the number of identified comorbidities is $2,9 \pm 1,5$, and in persons over 75 years - this figure is equal to $4,7 \pm 2,5$.

Key words: osteoarthritis, older age, polymorbidity

АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Шукурова Сурайё Максудовна –
заведующая кафедрой пропедевтики
внутренних болезней ТГМУ;
Таджикистан, г. Душанбе, пр. Рудаки, 139
E-mail: s_shukurova@mail.ru