

ским сокращением подлежащих мышечных тканей у пациентов с сахарным диабетом рекомендованный срок снятия швов — 8-е сутки послеоперационного периода.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Mutluoglu, M. How reliable are cultures of specimens from superficial swabs compared with those of deep tissue in patients with diabetic foot ulcers? / M. Mutluoglu, G. Uzun, V. Turhan // J Diabetes Complications. — 2012. — Vol. 26, № 3. — P. 225–229.
2. Fassil, W. G. Diabetic Foot Infections / W. G. Fassil, S. Fnu, A. C. Catherine // American Family Physician. — 2013. — Vol. 88, № 3. — P. 177–184.
3. Lipsky, B. A. Infectious Diseases Society of America. Infectious Diseases Society of America clinical practice guideline for the diagnosis and treatment of diabetic foot infections / B. A. Lipsky, A. R. Berendt, P. B. Cornia // Clin Infect Dis. — 2012. — Vol. 54, № 12. — P. 132–173.

4. Абаев, Ю. К. Раневое заживление и сахарный диабет / Ю. К. Абаев // Медицинские новости. — 2010. — № 1. — С. 107–110.

5. Митрохин, С. Д. Значимость микробиологической лаборатории в современной системе инфекционного контроля многопрофильного стационара (в плане профилактики и лечения госпитальных инфекций) / С. Д. Митрохин // Consilium medicum. — 2002. — Т. 4, № 1. — С. 42–45.

6. Armstrong, D. G. Guest editorial: are diabetes-related wounds and amputations worse than cancer? / D. G. Armstrong, J. Wrobel, J. M. Robbins // Int Wound J. — 2007. — Vol. 4, № 4. — P. 286–287.

7. Белоусов, А. Е. Пластическая, реконструктивная и эстетическая хирургия / А. Е. Белоусов. — М.: Гиппократ, 1998 — 743 с.

8. Болховитинова, Л. А. Келиодные рубцы / Л. А. Болховитинова, М. Н. Павлова. — М.: Медицина, 1977. — 136 с.

9. Стручков, Ю. В. Прогнозирование и профилактика послеоперационных нагноений / Ю. В. Стручков // Хирургия. — 1987. — № 7. — С. 119–123.

10. Пластическая и реконструктивная хирургия лица / под ред. А. Д. Пейпла; пер с англ. — М.: БИНОМ. Лаборатория знаний, 2007 — С. 435–452.

Поступила 06.04.2017

УДК 616.72-007.27:616.15

## ПОКАЗАТЕЛИ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ГОНАРТРОЗОМ НА ФОНЕ ЛОКАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ АУТОСЫВОРОТКОЙ КРОВИ

В. И. Николаев

Гомельский государственный медицинский университет

**Цель:** провести оценку эффективности интраартикулярной терапии у пациентов с гонартрозом по критериям качества жизни опросника SF-36.

**Материал и методы.** Изучена динамика показателей качества жизни до и после лечения. Основную группу составили 69 пациентов с гонартрозом, которым проведено курсовое лечение аутологичной сывороткой, контрольную — 46 лиц без изучаемой патологии. В данное исследование были включены лица женского пола. Обе группы были сопоставимы по возрасту —  $55,6 \pm 11,1$  и  $57,8 \pm 12$  года соответственно,  $p > 0,05$ .

**Результаты.** По результатам нашего исследования, проведенного среди жителей г. Гомеля, у женщин с гонартрозом коленного сустава показатели качества жизни по всем шкалам опросника SF-36 значительно ниже, чем у женщин соответствующего им возраста, но без этой патологии. При этом изменения КЖ в большей степени обусловлены физическим компонентом здоровья. Наиболее существенный вклад в снижение качества жизни вносит ограничение физической активности, что связано с постоянным ощущением боли и дискомфорта в суставах. На фоне снижения физической активности уменьшается и социальная активность, понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и в целом — общего состояния здоровья.

**Заключение.** Применение аутосыворотки крови пациентов с ГА для внутрисуставного введения показало свою эффективность по критериям качества жизни. Таким образом, предложенный метод лечения является перспективным и обладает выраженным симптом-модифицирующим действием.

**Ключевые слова:** гонартроз, качество жизни, аутологическая сыворотка, коленный сустав.

## THE INDICATORS OF QUALITY OF LIFE OF PATIENTS WITH GONARTHROSIS ASSOCIATED WITH LOCAL THERAPY WITH AUTOSYSTETIC BLOOD

V. I. Nikolayev

Gomel State Medical University

**Objective:** to assess the effectiveness of intra-articular therapy in patients with gonarthrosis according to the criteria of quality of life of the SF-36 questionnaire.

**Material and methods.** The dynamics of the indicators of quality of life before and after the treatment was studied. The main group consisted of 69 patients with gonarthrosis who underwent a course of treatment with autologous serum, the control group included 46 persons without the studied pathology. Females were included in this study. Both the groups were comparable in age -  $55,6 \pm 11,1$  and  $57,8 \pm 12,0$  years, respectively,  $p > 0,05$ .

**Results.** According to the results of our study conducted among residents of the city of Gomel, the indicators of quality of life in women with gonarthrosis of the knee joint are significantly lower by all scales of the SF-36 questionnaire than in women of the corresponding age but without this pathology.

At the same time, changes in QOL are in a large measure due to the physical component of health. The most significant contribution to the reduction of quality of life is limitation of physical exercise, which is associated with a constant feeling of pain and discomfort in the joints. The limitation of physical exercise leads to the reduction of

social activity, the subjective assessments of the emotional state, mood and, in general, the general health state deteriorate.

**Conclusion.** The application of blood autoseretics in patients with OA for intra-articular administration showed its effectiveness in terms of the criteria of quality of life. Thus, the proposed method of the treatment is promising and has a pronounced symptom-modifying effect.

**Key words:** gonarthrosis, quality of life, autologous serum, knee joint.

### **Введение**

Остеоартроз (ОА) (по международной классификации — остеоартрит) является лидирующим среди заболеваний костно-мышечной системы, он является частой причиной инвалидизации трудоспособного населения. Значительные его экономические последствия как для человека, несущего финансовые затраты, связанные с лечением, так и для общества в целом — в виде материального ущерба государству [1, 5].

Одним из основных симптомов при ОА является боль, в том числе и на ранних стадиях. Постоянный болевой синдром, снижение двигательной активности пациентов оказывают отрицательное влияние на качество жизни (КЖ), ограничивая его в повседневной и профессиональной жизни. Наиболее часто при ОА поражаются коленные суставы (около 10 % населения старше 50 лет), при этом у 25 % пациентов отмечается значительное снижение показателей КЖ. Вероятность утраты стойкой трудоспособности в группе пациентов с гонартрозом (ГА) сравнима с аналогичным показателем у людей пожилого возраста, страдающих сердечно-сосудистыми заболеваниями [2].

Известно, что при ОА требуется длительное лечение дорогостоящими препаратами, такими как хондропротекторы, значительные затраты могут быть связаны также с применением современных НПВП (ингибиторы ЦОГ-2). Общество вынуждено нести существенные расходы на развитие системы профилактики, ранней диагностики, лечения и реабилитации больных. В настоящее время лечение ОА направлено на замедление прогрессирования заболевания, снижение интенсивности болевого

синдрома, уменьшение функциональных нарушений, предотвращение инвалидизации, что должно улучшить КЖ [3].

Новейшие достижения в изучении патогенеза ОА показали, что одним из перспективных консервативных направлений в его лечении является внутрисуставное («адресное») применение аутологичной сыворотки крови пациента [4, 5].

### **Цель исследования**

Провести оценку показателей КЖ у пациентов с гонартрозом до и после интраартикулярно введения аутологичной сыворотки крови.

### **Материалы и методы.**

В исследование было включено 115 респондентов женского пола, так как достоверно известно, что именно они чаще страдают гонартрозом. Основную группу составили 69 (60 %) пациентов с подтвержденным диагнозом «Гонартроз», которые проходили лечение на базе ГУЗ «Гомельская городская клиническая больница № 1», контрольную — 46 (40 %) лиц без изучаемой патологии. Группа контроля была сопоставима с основной по возрасту ( $55,6 \pm 11,1$  и  $57,8 \pm 12$  года соответственно,  $p > 0,05$ ). Не различались пациенты обеих групп и по уровню образования: в основной было 46,4 % лиц со средним специальным образованием, в контрольной — 45,6 % (таблица 1), то есть большинство опрошенных женщин с заболеваниями коленных суставов имели рабочие специальности, требующие больших физических нагрузок. Также к данной категории можно отнести и лиц со средним (13,1 % в контроле и 11,6 % в основной группе) и базовым (по 8,7 % в каждой группе) образованием.

Таблица 1 — Сравнительная оценка уровня образования в группах исследования

Уровень образования	Группа контроля		Основная группа		P
	n	P, %	n	P, %	
Высшее	15	32,6	23	33,3	0,911
Среднее специальное	21	45,6	32	46,4	0,916
Среднее	6	13,1	8	11,6	0,754
Базовое	4	8,7	6	8,7	1,000

Из общего количества женщин с заболеваниями суставов не работали 34,8 %, среди здоровых женщин не работающие составили 20,9 %. Следует отметить, что в основной группе 17,8 % работающих женщин вынуждены были сократить время, затрачиваемое на

работу, или сменить род деятельности в связи с состоянием здоровья.

Всем участникам исследования проведено внутрисуставное введение по 5 мл аутосыворотки крови в пораженные коленные суставы с интервалом между инъекциями в 1 неделю и

количеством инъекций от 3 до 5 за 1 курс лечения. Оценка КЖ в данном исследовании осуществлялась до и после лечения с помощью опросника SF-36.

Анализ полученных данных осуществлялся с помощью методов математико-статистической обработки с использованием встроенных математических функций ПЭВМ (Microsoft Excel, SPSS, Statistica). Для статистической обработки результатов применяли непараметрические методы статистики:

— U-критерий Манна — Уитни для оценки значимости различий двух независимых выборок (Mann — Whitney U-test).

— T-критерий Вилкоксона для оценки значимости различий двух связанных выборок (установление общего направления сдвига исследуемого признака в динамике наблюдения).

— Оценка взаимосвязей количественных переменных была выполнена с применением парного коэффициента корреляции Спирмена ( $R_s$ ). Силы связи оценивали по шкале Чеддока (таблица 2).

Таблица 2 — Шкала Чеддока для оценки качественной характеристики силы связи

0,10–0,29	Слабая
0,30–0,49	Умеренная (удовлетворительная)
0,50–0,69	Средняя (заметная)
0,70–0,89	Высокая (сильная)
0,90–0,99	Очень высокая

Количественные данные представлены в виде медианы (Me) и квартильного размаха (LQ — нижняя квартиль, UQ — верхняя квартиль). Для всех критериев и тестов величина критического уровня значимости принималась равной 0,05, то есть различия признавались статистически значимыми при  $p \leq 0,05$ .

#### Результаты и обсуждение

В результате проведения эмпирического исследования по опроснику SF-36 было оценено качество жизни женщин с заболеваниями суставов. Чем выше было значение итоговых расчетных показателей опросника SF-36, тем выше оценивалось КЖ по соответствующей шкале.

При первичном опросе респонденты низко оценивали свое состояние здоровья, жаловались на постоянную или частую боль в суставах, трудности в осуществлении повседневной деятельности, снижение жизненной активности, утомление, подавленное настроение. Женщины с заболеваниями суставов испытывают неловкость и неудобство при необходимости пользоваться тростью, поэтому часто в ущерб себе от-

казываются от нее. Это связано с беспокойством о внешней привлекательности, так как заболевание сопровождается изменениями суставов, походки, осанки. Заболевание доставляет им не только физические трудности, но и психологический дискомфорт.

До начала лечения качество жизни женщин с гонартрозом коленного сустава было значительно снижено по сравнению с популяционной нормой как по физическому компоненту здоровья (ФКЗ) (в 1,53 раза,  $p < 0,001$ ), так и по психологическому компоненту здоровья (ПКЗ) (в 1,31 раза,  $p = 0,032$ ) (таблица 3). При этом не выявлено значимой взаимосвязи указанных интегральных показателей качества жизни. Значения шкалы ФКЗ у пациентов с гонартрозом варьировали от 23 до 49 баллов, при этом 50 % опрошенных из максимально возможных 100 баллов набрали менее 36. В группе контроля значения ФКЗ находились в диапазоне 47–61 балл. Половина женщин с заболеваниями суставов имели менее 44 баллов по психологическому компоненту здоровья.

Таблица 3 — Сравнение контрольной и основной групп по компонентам физического и психологического здоровья опросника SF-36 (Me (LQ-UQ))

Шкала	Основная группа до лечения	Контрольная группа	P (U-критерий Манна — Уитни)
ФКЗ	35,3 (31,5–37,5)	53,9 (49,8–58,9)	< 0,001
ПКЗ	43,2 (40,4–49,6)	56,7 (42,6–61,5)	0,032

Результаты корреляционного анализа показали, что из шкал оценки физического здоровья наиболее тесно с суммарным параметром ФКЗ были связаны «Интенсивность боли» (ИБ) ( $R_s = 0,71$ ,  $p < 0,001$ ), «Физическое функционирование» (ФФ) ( $R_s = 0,63$ ,  $p = 0,018$ ) и «Ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием» (РФФ)

( $R_s = 0,77$ ,  $p < 0,001$ ). В свою очередь ИБ и ФФ достаточно сильно коррелировали между собой ( $R_s = 0,69$ ,  $p < 0,001$ ). Психологический компонент КЖ был достоверно связан с показателями «Психическое здоровье» (ПЗ) ( $R_s = 0,59$ ,  $p < 0,001$ ) и «Ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием» (РЭФ) ( $R_s = 0,67$ ,  $p < 0,001$ ).

По результатам исходного анкетирования из показателей, составляющих ФКЗ, наименьшее количество баллов получено по шкале РФФ (25 (25–75), что в 2,48 раза меньше, чем у здоровых лиц,  $p = 0,008$ ), что является свидетельством того, что повседневная деятельность значительно ограничена физическим состоянием пациента (таблица 4). КЖ у женщин с гонартрозом также характеризовалось ухудшением по шкалам ИБ (41 (32–51) баллов, что в 1,61 раза меньше, чем в контроле,  $p = 0,010$ ) и ФФ (45 (35–65) баллов, что в 1,41 раза ниже,

чем в контроле,  $p = 0,012$ ). Низкий показатель ИБ в основной группе указывает на то, что боль ограничивает активность пациентов, влияет на способность заниматься повседневной работой по дому и вне дома. 16 % женщин основной группы имели меньше 30 баллов по шкале ИБ. О сниженной оценке пациентами своего состояния здоровья в настоящий момент и перспектив лечения свидетельствует показатель «Общее состояние здоровье» (ОСЗ), медиана которого в группе с заболеваниями суставов была достоверно меньше, чем у здоровых лиц ( $p = 0,040$ ).

Таблица 4 — Сравнение основной и контрольной групп по показателям шкал опросника SF-36, составляющих физический компонент здоровья (Me (LQ-UQ))

Шкала	Основная группа до лечения	Контрольная группа	P (U-критерий Манна — Уитни)
Физическое функционирование	45 (35–65)	63,3 (56,2–67)	0,012
Интенсивность боли	41 (32–51)	66 (58–80)	0,010
Роль физическое функционирование	25 (25–75)	62 (55–75)	0,008
Общее состояние здоровья	55 (45–67)	67 (57–77)	0,040

При оценке психологического компонента КЖ у пациентов с заболеванием коленного сустава выявлено, что более низкий уровень отмечен по шкале РЭФ: 33,3 (33,3–66) балла, что в 2,10 раза меньше, чем в контрольной группе ( $p = 0,038$ ). То есть эмоциональное состояние мешает выполнению работы или занятиям другой повседневной деятельности в прежнем объеме (включая большие затраты времени, уменьшение объема работы, снижение ее качества). Следует отметить, что значения РЭФ не только были сильно связаны с суммарным показателем психологического компонента

КЖ, как было сказано выше, но и заметно коррелировали с такими показателями физического компонента КЖ, как РФФ ( $R_s = 0,60$ ,  $p < 0,001$ ) и ФФ ( $R_s = 0,49$ ,  $p < 0,001$ ), являясь, таким образом, связующим звеном физической и психологической составляющих качества жизни пациента. Признаком утомления женщин с заболеванием суставов и снижения их жизненной активности являлось более низкое, чем в контроле медианное значение баллов шкалы «Жизненная активность» (ЖА) (соответственно, 50 (45–65) и 70 (55–80) баллов,  $p = 0,032$ ) (таблица 5).

Таблица 5 — Сравнение основной и контрольной групп по показателям шкал опросника SF-36, составляющих психологический компонент здоровья (Me (LQ-UQ))

Шкала	Основная группа до лечения	Контрольная группа	P (U-критерий Манна — Уитни)
Жизненная активность	50 (45–65)	70 (55–80)	0,032
Социальное функционирование	56 (47,5–58)	78 (62,5–83)	0,013
Роль эмоциональное функционирование	33,3 (33,3–66)	69 (55–77)	0,038
Психическое здоровье	54 (60–68)	70 (56–82)	0,045

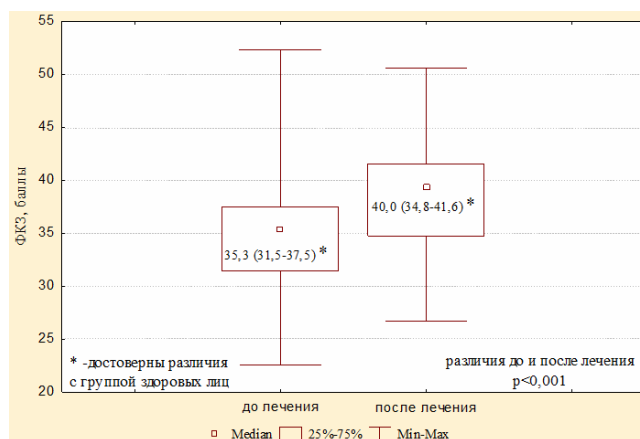
Центральные значения показателей «Социальное функционирование» (СФ) и ПЗ в основной группе исследования были достоверно ниже соответствующих значений в контроле (в 1,4 раза при  $p = 0,013$  и в 1,3 раза при  $p = 0,045$ ). Снижение показателя социального функционирования позволяет судить о значительном ограничении социальных контактов, снижении уровня общения в связи с ухудшением физиче-

ского и эмоционального состояния. Сниженные показатели по шкале ментального здоровья (ПЗ) свидетельствуют о наличии депрессивных, тревожных переживаний, психическом неблагополучии.

После проведенного лечения уровень качества жизни женщин с заболеваниями суставов был оценен повторно. Динамика интегрального показателя физического здоровья

представлена на рисунке 1. После лечения наблюдалось умеренное, но статистически значимое ( $p < 0,001$ ) увеличение медианы ФКЗ (на 13,3 % по сравнению с исходными данными,

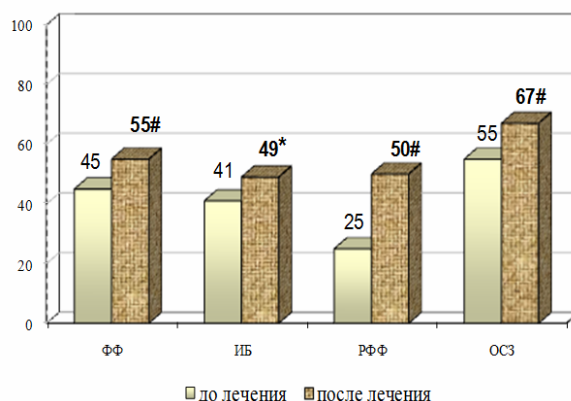
$p < 0,001$ ). Несмотря на достоверность динамики данного показателя, его медианное значение все еще оставалось ниже, чем у здоровых лиц (в 1,46 раза,  $p < 0,001$ ).



**Рисунок 1 — Сравнение значений показателя ФКЗ до и после лечения женщин с заболеванием коленного сустава**

Изменение медиан отдельных шкал, составляющих ФКЗ, после лечения пациентов основной группы продемонстрировано на рисунке 2. Положительная динамика отмечена по всем параметрам физического компонента КЖ. Так, показатель РФФ увеличился на 100 % (в 2 раза,  $p < 0,001$ ), ФФ — на 22,2 % ( $p < 0,001$ ) и ОСЗ — на 21,8 % ( $p < 0,001$ ). Увеличение значений РФФ и ФФ свидетельствует о том, что у пациентов с артрозом повысилась физическая способность выполнять свою профессиональную работу и повседневные обязанности, они нача-

ли справляться с большей физической нагрузкой, чем до лечения. Показатель КЖ, связанный интенсивностью боли, увеличился на 19,5 % ( $p = 0,024$ ), то есть, по мнению респондентов, после лечения они испытывали меньше болевых ощущений или отмечали снижение интенсивности болевого синдрома, что дало им больше возможности выполнять необходимую работу как дома, так и вне его. После лечения в основной группе не выявлено случаев с количеством баллов по шкале ИБ менее 30, тогда как при стартовом анкетировании таких пациентов было 16 %.



**Рисунок 2 — Сравнение значений шкал, составляющих ФКЗ, до и после лечения женщин с гонартрозом коленного сустава.**

**Примечание.** \* — Достоверность различий при  $p < 0,005$ ; # — достоверность различий при  $p < 0,001$

Медианные и квартильные значения шкал ФКЗ после лечения гонартроза коленного сустава представлены в таблице 6. Следует отметить, что клинически и статистически значимое увеличение показателей физической составляющей качества жизни не приводило к нивелированию их разли-

чий с контрольной группой: показатели ФФ, ИБ и РФФ после лечения все еще оставались достоверно ниже, чем у здоровых лиц. Тем не менее пациенты достаточно высоко оценивали состояние своего здоровья после лечения, о чем свидетельствуют результаты повторного анкетирования по

шкале общего состояния здоровья. В основной группе данный показатель не отличался от тако-

вого в контроле (соответственно 67 (55–75) и 67 (57–77) баллов,  $p = 0,774$ ).

Таблица 6 — Значения шкал опросника SF-36, составляющих физический компонент качества жизни, у пациентов основной группы после лечения (Me (LQ-UQ))

Шкала	Значения шкал, баллы
Физическое функционирование	55 (45–70)*
Интенсивность боли	49 (42–52)*
Роль физическое функционирование	50 (25–80)*
Общее состояние здоровья	67 (55–75)

\* — Достоверны различия с контролем ( $p < 0,050$ )

Анализ психологического компонента КЖ после лечения гонартроза коленного сустава показал, что динамика данного интегрального показателя была аналогична динамике физического компонента здоровья: умеренное, но статистически зна-

чимое увеличение относительно стартовых значений (на 18,1 %,  $p = 0,025$ ) (рисунок 3). Однако ПКЗ в отличие от ФКЗ при повторном опросе не отличался от соответствующего показателя у лиц без серьезных соматических заболеваний ( $p = 0,250$ ).

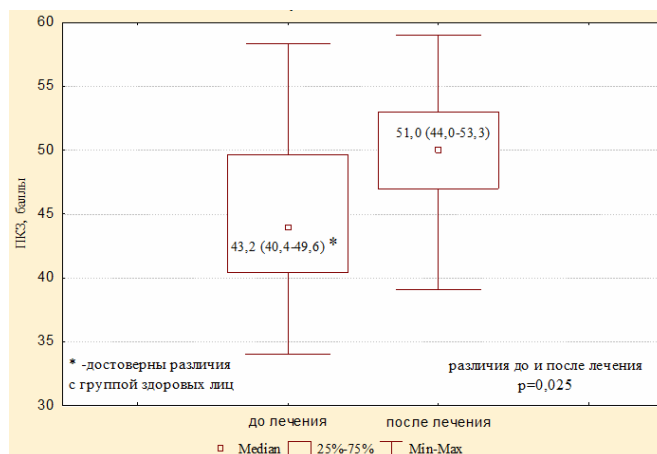


Рисунок 3 — Сравнение значений показателя ПКЗ до и после лечения женщин с гонартрозом коленного сустава

После прохождения курса лечения по всем шкалам, составляющим ПКЗ, наблюдалось улучшение качества жизни (рисунок 4). Наиболее значимое увеличение (на 98 %,  $p = 0,018$ ) отмечено по

самому низкому исходному показателю — РЭФ. Шкалы ЖА, СФ и ПЗ характеризовались умеренным повышением медианных значений после лечения (соответственно, на 20, 20 и 30 %,  $p < 0,050$ ).

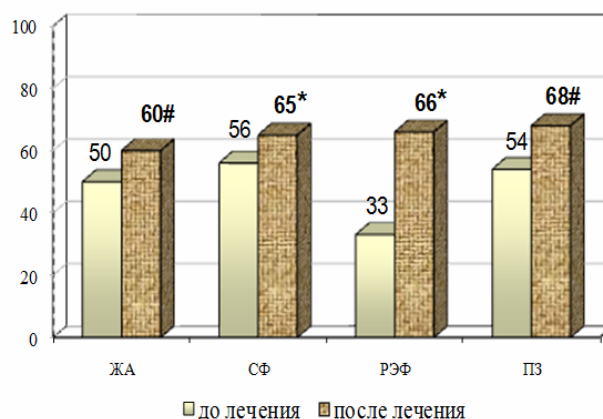


Рисунок 4 — Сравнение значений, составляющих ПКЗ, до и после лечения женщин с заболеванием коленного сустава.

Примечание. \* — Достоверность различий при  $p < 0,005$ , # — достоверность различий при  $p < 0,001$

На основании данных таблицы 6 можно говорить о том, что у пациентов с артрозом коленного сустава значения шкал РЭФ и ПЗ после лечения не отличались от аналогичных показателей здоровых лиц. Медианы показателей социального функционирования и жизненной активности все

еще были меньше соответствующей медианы в группе контроля. В соответствии с полученными интерквартильными диапазонами 75 % женщин имели более 50 баллов по всем шкалам психологического компонента здоровья, а 25 % от общей выборки набрали 70 баллов и выше.

Таблица 7 — Значения шкал опросника SF-36, составляющих психологический компонент качества жизни, у пациентов основной группы после лечения (Me (LQ-UQ))

Шкала	Значения шкал, баллы
Жизненная активность	60 (60–70)*
Социальное функционирование	65 (47,5–68)*
Роль эмоциональное функционирование	66 (66,7–80)
Психическое здоровье	68 (64–72)

\* — Достоверны различия с контролем ( $p < 0,050$ )

Для исследования взаимосвязи динамики физического и психологического компонентов здоровья и составляющих их шкал дополнительно у каждого пациента был рассчитан индивидуальный индекс динамики (ИД) для всех анализируемых показателей. ИД — это отношение значения шкалы после лечения к значению до лечения, выраженное в процентах. Результаты корреляционного анализа показали, что положительная динамика физического компонента здоровья обусловлена преимущественно показателями ИД (ФФ) ( $R_s = 0,51, p < 0,001$ ) и ИД (ИБ) ( $R_s = 0,53, p < 0,001$ ). Снижение значений психологического компонента здоровья связано, в первую очередь, с ИД (ПЗ) ( $R_s = 0,58, p < 0,001$ ). С остальными параметрами КЖ, характеризующими психологическое и эмоциональное состояние пациента, ИД (ПКЗ) имел умеренную

связь, что подтверждают коэффициенты корреляции  $0,30 \leq R_s < 0,50$ .

На рисунках 5 и 6 изображены лепестковые диаграммы, которые наглядно демонстрируют, что после лечения артроза коленного сустава такие показатели качества жизни, как ОСЗ, РЭФ и ПЗ у пациентов не отличались от аналогичных у здоровых лиц. Медианные значения остальных шкал после лечения были ниже контрольных, но заметно приближались к популяционной норме. В большей степени приближались к результатам соответствующих шкал в группе здоровых лиц такие параметры, как ФФ и ЖА. Медианные значения данных показателей после лечения оставались ниже контрольных. Соответственно на 13,1 % (до лечения — на 28,9 %) и 14,3 % (до лечения — на 28,6 %). Медианы ИБ были ниже, чем в контроле на 37,9 % до лечения и на 25,8 % после него.

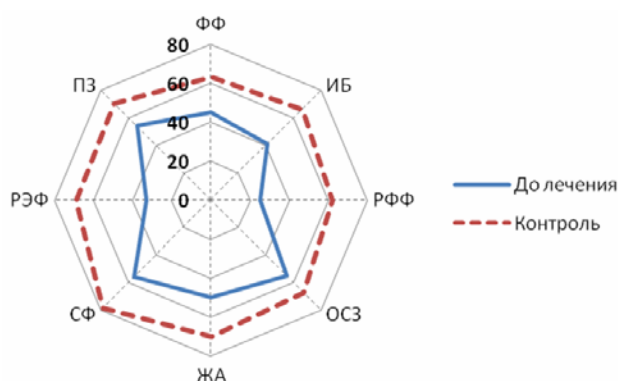


Рисунок 5 — Сравнение профилей качества жизни пациентов с заболеваниями суставов до лечения и лиц из контрольной группы (опросник SF-36)

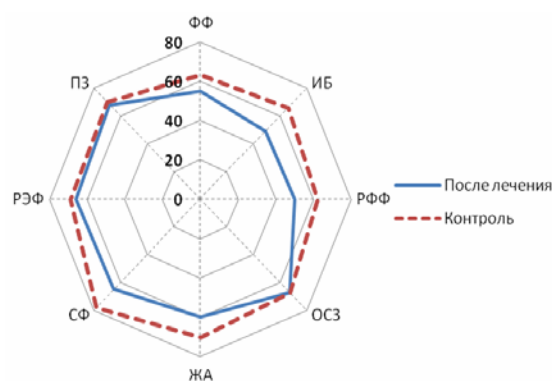


Рисунок 6 — Сравнение профилей качества жизни пациентов с заболеваниями суставов после лечения и лиц из контрольной группы (опросник SF-36)

Таким образом, по результатам нашего исследования, проведенного среди жителей г. Гомеля, у женщин с гонартрозом коленного сустава показатели качества жизни по всем шкалам опросника SF-36 значительно ниже, чем у

женщин соответствующего им возраста, но без серьезной соматической патологии. При этом изменения КЖ в большей степени обусловлены физическим компонентом здоровья. Наиболее существенный вклад в снижение качества

жизни вносит ограничение физической активности, что связано с постоянным ощущением боли и дискомфорта в суставах. На фоне снижения физической активности уменьшается и социальная активность, понижаются субъективные оценки эмоционального состояния, настроения и в целом — общего состояния здоровья.

Особое внимание следует обратить на две шкалы опросника: ролевое физическое и ролевое эмоциональное функционирование, указывающие на выраженность проблем на работе и при выполнении ежедневных обязанностей по дому в связи с состоянием физического и психологического здоровья, что должно учитываться при планировании лечебных и реабилитационных мероприятий.

На фоне медикаментозного лечения наблюдается улучшение физического и психологического здоровья женщин с заболеваниями суставов. Пациенты после прохождения курса лечения отмечают уменьшение интенсивности боли и дискомфорта в суставах, сокращение времени на выполнение определенной работы, уменьшение ограничений при ходьбе, уменьшению трудностей при выполнении действий в повседневной жизни. После лечения интегральный показатель физического здоровья, как и его составляющие (интенсивность боли, физическое функционирование, ролевое физическое функционирование) приближались к результатам соответствующих шкал контрольной

группы, то есть к популяционной норме. Субъективно общее состояние своего здоровья после лечения пациенты оценивали достаточно высоко: количественный показатель шкалы ОСЗ при повторном анкетировании не отличался от аналогичного в контрольной группе.

Качество жизни, обусловленное состоянием эмоциональной сферы пациента, после лечебных мероприятий улучшалось до уровня популяционной нормы: 75 % женщин имели более 50 баллов по всем шкалам психологического компонента здоровья, а 25 % от общей выборки набрали 70 баллов и выше. Суммарный показатель состояния психологического здоровья (ПКЗ) у пациентов после лечения не отличался от такового у здоровых лиц.

#### БИБЛИОГРАФИЧЕСКИЙ СПИСОК

1. Брагина, С. В. Оптимизация лечения гонартроза в условиях амбулаторной практики врача-ортопеда: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.15 / С. В. Брагина; Сев. гос. мед. ун-т. — Саратов, 2012. — 24 с.
2. Качество жизни и выраженность болевого синдрома у пациентов с гонартрозом / В. И. Николаев [и др.] // Проблемы здоровья и экологии. — 2012. — № 2. — С. 84–88.
3. Пилипенко, В. В. Качество жизни и особенности терапии остеоартроза у работников железнодорожного транспорта: автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.04 / В. В. Пилипенко; Воронеж. гос. мед. ун-т. — Воронеж, 2012. — 24 с.
4. Liquid Crystals in Biotribology / V. Nikolaev [et al.]. — Springer, 2015. — 211 p.
5. Светлова, М. С. Длительная терапия Алфлутопом: влияние на симптомы и качество жизни больных гонартрозом ранних стадий (5-летнее наблюдение). / М. С. Светлова // «Российский медицинский журнал». — 2014 — № 7. — С. 504–508.

Поступила 05.05.2017

## ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНАЯ МЕДИЦИНА И БИОЛОГИЯ

УДК 616.995.132.5-07-084

### ОФТАЛЬМОЛОГИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ДИРОФИЛЯРИОЗА: ЭПИДЕМИОЛОГИЯ, ДИАГНОСТИКА, ПРОФИЛАКТИКА

*Р. Н. Протасовицкая*

Гомельский государственный медицинский университет

**Цель:** на примере офтальмологического случая дирофиляриоза охарактеризовать макроскопическую диагностику, источники заражения и возможности профилактики.

**Материалы и методы.** Представлен офтальмологический случай дирофиляриоза у пациентки в возрасте 27 лет, описана макроскопическая диагностика гельминтоза.

**Результаты.** Работа посвящена актуальным вопросам одного из трансмиссивных зоонозных биогельминтозов: дирофиляриозу человека. Сделан исторический ракурс и приведены данные о частоте дирофиляриоза в Беларуси. В статье описан клинический случай дирофиляриоза человека в г. Гомеле, вызванного вначале подкожной миграцией личинки нематоды, а затем паразитированием взрослой особи в конъюнктиве глаза. У пациентки обнаружен и после извлечения идентифицирован самец *Dirofilaria repens*. Установлен факт местного заражения, определены морфологические, диагностические особенности гельминта. Рекомендованы профилактические мероприятия.

**Заключение.** В г. Гомеле дирофиляриоз носит спорадический характер, при этом имеют место случаи местного заражения, что требует дальнейших исследований в области эпидемиологии этого заболевания.

**Ключевые слова:** дирофилярия, гельминт, комары, микрофилярия, диагностика, профилактика.