

УДК 616.727.2–085:301

ОЦЕНКА РЕЗУЛЬТАТОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПЛЕЧЕЛОПАТОЧНЫМ БОЛЕВЫМ СИНДРОМОМ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ ОПРОСНИКОВ

М.Х. Альримави, Д.А. Маланин, М.Ю. Соломин, О.Г. Тетерин

Кафедра травматологии, ортопедии и ВПХ ВолГМУ

Для оценки эффективности лечения во многих разделах медицины, в том числе и в травматологии, нашли широкое распространение опросники, которые разделяют по своему назначению на специфические и общие.

Специфические опросники используются для оценки отдельных параметров в определенных группах больных. Общие опросники носят более универсальный характер и оценивают основные показатели здоровья человека независимо от нозологии, тяжести заболевания и вида лечения. По совокупности аспектов жизнедеятельности, а именно: уровню физического, психического здоровья, уровню независимости в повседневной жизни, социальному здоровью и экономическому обеспечению, представленных в общих опросниках, – можно судить о качестве жизни пациентов. Корректное применение как специфических, так и общих опросников предполагает наличие у последних как можно более высоких степеней таких психометрических свойств, как надежность, валидность и чувствительность [1, 3]. Специфические опросники с вопросами, связанными непосредственно с одним патологическим состоянием без взаимосвязи с другими заболеваниями, обладают более высокой чувствительностью, чем общие опросники [3].

В связи с этим при оценке результатов хирургического лечения, в том числе ортопедических операций, многие клиницисты отдают предпочтение анализу отдельных показателей восстановления органа или системы, чем изучению общего состояния [2]. Такой подход вполне обоснован, поскольку литературные источники свидетельствуют о корреляции оценок по специфическим системам с объективными данными [15].

Для оценки эффективности лечения больных с повреждениями и заболеваниями плечевого сустава используют более 20 различных специфических опросников. Наиболее известными из них являются: "Простой тест" (Simple Shoulder Test или SST), "Шкала Константа" (Constant Score), "Оксфордский опросник" (Oxford Shoulder Questionnaire), "Система оценки плеча, разработанная калифорнийским университетом в Лос-Анджелесе" (University of California, Los Angeles – UCLA Shoulder Assessment), "Американская система оценки хирургии плечевого и локтевого суставов" (American Shoulder and Elbow Surgeons Assessment, или ASES), "Оценка результатов нарушения функции руки, плеча, кисти" (Disability of the Arm, Shoulder and Hand Outcome Measure, или DASH Outcome Measure) и др.

Единой универсальной шкалы для оценки плечевого сустава в настоящее время еще не предложено, поэтому в исследовательских работах продолжает применяться большое разно-

образии специфических опросников. При этом данные о валидности, чувствительности и надежности большинства из этих шкал отсутствуют [3].

Современные специфические опросники для больных с патологией плечевого сустава характеризуют функциональное состояние последнего, исходя из трех-четырёх основных параметров: боль, ограничение двигательной активности, способность к выполнению силовой нагрузки, амплитуда движений [5].

Существуют рекомендации об использовании различных типов специфических опросников в зависимости от характера патологии, наличия острого или хронического повреждения у больного. Например, при острой травме на первый план выходят болевые и психо-эмоциональные ощущения; в период ранней реабилитации – это такие показатели, как боль, мышечная сила, объем движений, стабильность сустава. В позднем периоде реабилитации ведущими показателями становятся функциональная активность сустава, возможность самообслуживания и субъективная оценка (удовлетворенность) пациента своим состоянием. При сравнительном анализе наиболее часто используемых опросников "Простой тест" (SST), "Оксфордский опросник", "Шкала Константа" (Constant Score), "Система оценки плеча, разработанная калифорнийским университетом в Лос-Анджелесе" (UCLA), "Американская система оценки хирургии плечевого и локтевого суставов" (ASES) установлено, что наиболее полно отвечает предъявленным требованиям опросник ASES. Он достаточно подробно освещает данные о болевых ощущениях, объеме движений, ежедневной функциональной активности и мышечной силе, приобретающие необходимые характеристики, обеспечивающие достаточную степень валидности, чувствительности и надежности данного опросника. ASES сочетает в себе отдельные инструменты других опросников, таких как "Оксфордский опросник", "Шкала Константа" и UCLA, касающихся объективной стороны оценки функции плечевого сустава. Субъективный подход, кроме UCLA, не отражен ни в одном из опросников, хотя и здесь он представлен несколькими вопросами, касающимися оценки состояния в целом ("хуже" или "лучше"), не позволяющими более детально оценить состояние пациента, что входит в проти-

воречие с данными стандартного клинического обследования.

Приоритетность общего подхода к восстановлению здоровья при многих заболеваниях, в том числе и при патологии костно-мышечной системы, нашла свое воплощение в опросниках, оценивающих качество жизни пациентов [9, 10, 15]. И этот подход выглядит вполне обоснованным.

ВОЗ определяет здоровье человека как "состояние полного физического, психологического и социального благополучия, а не только отсутствие болезни" [7]. Оценка качества жизни (КЖ) позволяет сочетать объективные и субъективные критерии в развитии заболевания и соответственно постоянно осуществлять контроль и своевременную коррекцию развития патологического процесса. Оценку КЖ обычно проводит пациент (субъективный подход), так как в результатах многочисленных исследований показано, что оценка КЖ, сделанная больным, часто не совпадает с оценкой КЖ, выполненной врачом (объективный подход). Мотивом к разработке субъективных подходов явились результаты исследований, показавшие недостаточное понимание врачом адаптивных или реабилитационных потребностей пациента, в результате чего взгляды врача могут не соответствовать установкам больного. Наиболее целесообразным представляется сочетание объективного подхода, отражающего социально приемлемые нормы жизни, и субъективного подхода, который позволяет оценить собственные нормы и предпочтения пациента. Однако в некоторых исследованиях отмечается, что дифференциация объективных и субъективных критериев является сложным и спорным вопросом [11]. Но ни у кого не вызывает сомнений, что данные о КЖ, наряду с традиционным медицинским заключением, сделанным врачом, позволяют составить более полную и объективную картину болезни [14].

В последние годы появились работы, критикующие оценку эффективности реабилитации с позиций понятия "качества жизни", поскольку, по мнению многих исследователей, это понятие слишком расплывчато, не имеет четкого определения и количественных стандартов [4, 6].

Кроме участия больного в оценке его состояния, понятие "качество жизни" включает еще несколько важных характеристик: многомерность и изменяемость во времени. Многомерность в аспекте КЖ отражает информацию об основных сферах жизни человека: физической, психической и социальной. Оценка КЖ позволяет дифференцированно определить влияние болезни и лечения на состояние больного с учетом как связанных, так и не связанных с заболеванием факторов. Также КЖ изменяется во времени в зависимости от состояния больного. Данные о КЖ позволяют осуществлять постоянный мониторинг состояния боль-

ного и в случае необходимости проводить коррекцию лечения [1].

С 70-х годов прошлого столетия по настоящее время разработано и опубликовано более 400 опросников КЖ как болезнь-специфических, так и общих, предназначенных для оценки жизненного благополучия в целом и общего состояния здоровья населения или отдельных его групп. Наиболее оптимальным из всего многообразия общих опросников является SF-36, адаптированный к психоэмоциональным особенностям популяции. Основные инструменты SF-36 позволяют существенно дополнить результаты оценки качества жизни больных с плечелопаточным болевым синдромом [8, 13].

Эти данные свидетельствуют о том, что разработка универсального опросника, необходимого для комплексной оценки результатов лечения пациента, включающего как субъективный, так и объективный подход в отношении многих заболеваний, а также патологию плечевого сустава, все еще не нашла оптимального решения. Попытки создать "гибридный" универсальный опросник, отражающий анатомо-функциональные особенности плечевого сустава и, как следствие этого, состояние жизненного благополучия, не увенчались успехом.

В разработанном авторами статьи опроснике представлены две отдельные части – специфическая и общая, отражающие соответственно объективное состояние плечевого сустава и обусловленное влиянием последнего на КЖ пациента (см. табл.).

Рейтинговая шкала оценки состояния плечевого сустава

Оцениваемые категории	Градация	Баллы
Оценка боли ¹	выраженная	5
	умеренная	10
	незначительная	15
	боль отсутствует	20
Оценка функций ²	выраженное ограничение	5
	умеренное ограничение	10
	легкое ограничение	15
	ограничение функции отсутствует	20
Оценка силы мышц ³ области плеча	не изменена по сравнению со здоровой рукой (100 % силы мышц)	20
	незначительно снижена	15
	умеренно снижена	10
	значительно снижена	5
Оценка нестабильности ⁴	симптомы нестабильности отсутствуют	20
	нестабильность 1-й степени (смещение 0–1 см)	15
	нестабильность 2-й степени (смещение 1–2 см)	10
	нестабильность 3-й степени (смещение более 2 см)	5

Окончание табл.

Оцениваемые категории	Градация	Баллы
<i>Оценка амплитуды движения</i>		
Отведение	0–45°	1
	46–90°	2
	91–135°	3
	136–180°	4
Разгибание	0–20°	1
	21–40°	2
	41–60°	3
	> 60°	4
Сгибание	0–45°	1
	46–90°	2
	91–135°	3
	136–180°	4
Внутренняя ротация	0–30°	1
	31–60°	2
	61–90°	3
	> 90°	4
Наружная ротация	0–30°	1
	31–60°	2
	61–90°	3
	> 90°	4

Примечание.

¹ – оценка боли:

- выраженная боль (боль в покое, усиливается при движении, может иметь постоянный интенсивный или малоинтенсивный характер);

- умеренная боль (боль при легкой физической нагрузке, может иметь интенсивный или малоинтенсивный характер);

- незначительная боль (боль при тяжелой физической нагрузке, обычно имеет малоинтенсивный характер).

² – оценка функции:

- выраженное ограничение (невозможность выполнения большинства видов деятельности, связанных с функцией плечевого сустава);

- умеренное ограничение (затруднение при выполнении легкой физической работы, связанной с функцией плечевого сустава, невозможность выполнения тяжелой физической работы);

- легкое ограничение (затруднение при выполнении только тяжелой физической работы, связанной с функцией плечевого сустава, остальные виды деятельности не ограничены).

³ – оценка мышечной силы:

- незначительно снижена – возможны активные движения с преодолением массы конечности без ограничения амплитуды, но с пониженной сопротивляемостью к дополнительной нагрузке (75 % сохранившейся силы мышц);

- умеренно снижена – возможны активные движения с преодолением массы конечности без ограничения амплитуды, но неспособность к преодолению малейшего сопротивления (50 % сохранившейся силы мышц);

- значительно снижена – мышцы не способны обеспечить большую часть активных движений в суставе или неспособность к активному напряжению (паралич).

⁴ – оценка нестабильности по Хокинсу [12]:

- нулевая степень – отсутствие смещения;

- 1-я степень – легкая. Головка плеча смещается на 1 см вперед в пределах суставной впадины;

- 2-я степень – средняя. Головка смещается от 1 до 2 см, но не выходит за край суставной впадины;

- 3-я степень – тяжелая. Головка смещается за край суставной впадины больше 2 см и возвращается на место после прекращения действия силы.

Первая часть представляет объективный

подход и позволяет достаточно быстро произвести осмотр больного с градуировкой выраженности патологических симптомов. Помимо оценки боли, ежедневной функциональной активности, силы мышц, шкала включает оценку нестабильности, основанную на рентгенологическом определении степени смещения головки плечевой кости при стрессовой нагрузке. При оценке объема движений были отобраны несколько наиболее функционально значимых амплитуд: отведение, разгибание, сгибание, внутренняя и наружная ротации. Способность к выполнению каждого движения оценивалась количественно: измерялся угол отведения, сгибания, разгибания и т. д., причем самому большому значению соответствовало большее количество баллов – 100, а наименьшему – 25 баллов, что демонстрирует крайние (диаметрично противоположные) состояния плечевого сустава в двух категориях – "отлично" и "плохо". "Отличным" считается количество баллов от 96 до 100, "хорошими" результатами – 72–95 баллов, "удовлетворительными" – 50–71 баллов, "плохими" – 25–49 баллов. Вторая часть опросника представлена русскоязычной версией SF-36 V2, используемая А. А. Новиковым (2000) в популяционном исследовании качества жизни населения г. Санкт-Петербурга.

Представленная рейтинговая шкала является попыткой разработки единого универсального опросника с целью оценки результатов лечения травматологических больных, в частности пациентов с различными формами патологии плечевого сустава. Предварительные данные, полученные в ходе оценки результатов лечения больных с плечелопаточным болевым синдромом, позволяют сделать заключение о достаточности и достоверности опросника, характеризующиеся основными психометрическими свойствами, такими как чувствительность, валидность и надежность теста. Данный опросник позволяет осуществлять мониторинг состояния больного, оценивая субъективные и объективные критерии в оценке качества жизни лиц с патологией плечевого сустава.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бусыгина Н. П. // Вестн. трансплантол. и искусств. органов. – 2002. – № 2. – С. 56–60.
2. Максимова Т. М., Мармито А. П., Лушкина Н. П. // Пробл. соц. гигиены, здравоохран. и история медицины. – 2001. – № 5. – С. 13–18.
3. Новик А. А. // Клинич. мед. – 2000. – Т. 78, № 2. – С. 10–13.
4. Семернин Е. Н., Шляхто Е. В., Козлова С. Н. и др. // Качеств. клинич. практика. – 2001. – № 2. – С. 48–52.
5. Суздальницкий Д. В. // Вопр. курортологии, физиотерапии и лечеб. физ. культуры. – 2000. – № 2. – С. 8–11.
6. Шевченко Ю. // Мед. Новости. – 2001. – № 4. – С. 51–52.
7. Юрьев В. К., Куценко Г. И. Общественное здо-

ровье и здравоохранение. – СПб.: ЭЛМА-ПРЕСС. – 2000. – С. 910.

8. *Brazier J., Roberts J., Deverill M.* // *J. of Health Economics.* – 2002. – Vol. 21, № 2. – P. 271–292.

9. *Huber W., Hofstaetter J. G., Hanslik-Schnabel B., et al.* // *Arch. Orthop. Trauma Surg.* – 2004. – Vol. 124, № 8. – P. 531–536.

10. *Kocher M. S., Horan M. P., Briggs K. K., et al.* // *J. Bone Joint Surg. Am.* – 2005. – Vol. 87, № 9. – P. 2006–2011

11. *Liang M. H., Lew R. A., Stucki G., et al.* // *Med. Care.* – 2002. – № 40. – P. 1145–1151.

12. *Pagnani M., Warren R.* // *J. Shoulder Elbow Surg.* – 1994. – Vol. 3. – P. 173–177.

13. *Taft C., Karlsson J., Sullivan M.* // *Quality of Life Research.* – 2001. – Vol. 10, № 5. – P. 395–404.

14. *Tashjian R. Z., Henn R. F., Kang L., et al.* // *J. Bone Joint Surg. Am.* – 2006. – Vol. 88, № 3. – P. 536–540.

15. *Thomas M., Dieball O., Busse M.* // *Orthop. Ihre Grenzgeb.* – 2003. – Vol. 141, № 2. – P. 160–170.

© Коллектив авторов, 2006

УДК 616.5–055.2

ДВА СЛУЧАЯ СИНДРОМА НЕТЕРТОНА

И. Н. Иванова, В. И. Русинов

Кафедра дерматовенерологии ВолгМУ

Синдром Нетертона – редкое наследственное заболевание, включающее врожденный ихтиоз и изменения волос чаще по типу трихорексиса в сочетании с атопическим дерматитом. Тип наследования – аутосомно-рецессивный. Болеют преимущественно женщины. Аномалии волос могут быть различных типов: перекрученные волосы, инвагинирующий трихорексис, узловатый трихорексис. Длина волос не превышает 5 см. При синдроме Нетертона встречаются ихтиозиформная эритродермия, ламеллярный ихтиоз, но наиболее часто – линейный огибающий ихтиоз (эритрокератодермия вариабельная). Проявления атопии также бывают различными: атопический дерматит, бронхиальная астма, ангионевротический отек, крапивница. У некоторых пациентов наблюдается отставание в физическом и психическом развитии [1, 2].

Приводим описание 2 случаев синдрома Нетертона в кожно-венерологическом отделении Областной клинической больницы.

Больная Г., 1978 г. р., находилась на стационарном лечении в кожно-венерологическом отделении Областной клинической больницы с 7 по 26 июня 2006 года. Больной себя считает с рождения. Родители и брат здоровы. Родилась в состоянии эритродермии, по поводу которой получала местную терапию, кортикостероидная терапия не назначалась. С 3-месячного возраста постоянно состоит на диспансерном лечении и получает амбулаторное лечение по месту жительства. Ухудшение состояния наблюдается в летнее время года, на солнце кожа краснеет и шелушится. В последние годы клиническая картина заболевания претерпела изменения и приобрела характер вариабельной эритрокератодермии. При поступлении обращали на себя внимание эритема в области лица, туловища, конечностей, гиперкератоз в виде шелушащихся линейных очагов причудливых

очертаний. На ладонях и подошвах – кератодермия желтого цвета. В области сгибов и задней поверхности шеи – лихенизация, расчесы. Волосы курчавые, короткие, темного цвета. Со слов больной всегда были таковыми. Передние зубы на верхней челюсти дистрофичны, маленьких размеров с недостаточным покрытием эмалью. На лице были хорошо различимы складки Моргана. Дермографизм был стойким, белым. На основании клинической картины был поставлен диагноз: синдром Нетертона. Анализы крови и мочи были нормальными. Проводилось лечение: тиосульфат натрия 30 %-й – 10,0 внутривенно, перманганат калия 1: 5000 по 1 ст. л. перед едой; глюконат кальция 10 %-й – 10,0 внутримышечно; витамин В₆ – 1,0 внутримышечно; аевит 1 капсула 2 раза в день; наружная терапия с помощью 5 %-х дерматоловой и анестезиновой мазей, "Элокома" на кожу лица. Ежедневно больная получала сеансы иглорефлексотерапии. Спустя 18 дней пациентка выписалась из стационара в состоянии значительно улучшения, близкого к клиническому выздоровлению.

Больная Ф., 1992 г. р., находилась на стационарном лечении в кожно-венерологическом отделении Областной клинической больницы с 13 по 25 июня 2006 года. Больной себя считает с грудного возраста. Со слов бабушки, которая воспитывает девочку, с первых месяцев жизни больная наблюдается по поводу атопического дерматита в сочетании с ихтиозом, имеет инвалидность детства. С родителями связаться не удалось. При поступлении больной в стационар отмечались эритема, лихенизация на коже сгибательных поверхностей конечностей, причудливые очаги шелушения, гиперкератоз в области ладоней и подошв. Волосы темно-серого цвета торчали в разные стороны по типу игл дикобраза, не превышали 5 см. На лице отчетливо