

АНАЛИЗ ИЗМЕНЕНИЙ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ЭНДОПРОТЕЗИРОВАНИЕ ТАЗОБЕДРЕННОГО СУСТАВА

И.Ф. Ахтямов, М.Э. Гурылева, А.И. Юосеф, Г.Г. Гарифуллов,
А.Н. Коваленко, С.В. Туренков

ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»,
ректор – академик РАМН, д.м.н. профессор Н.Х. Амиров
г. Казань

В настоящее время среди оперативных методов лечения заболеваний тазобедренного сустава (ТБС) наиболее эффективным является эндопротезирование. Ежегодно выполняются сотни тысяч операций артропластики с применением различных протезов. Несмотря на то, что эндопротезирование по-прежнему относится к высокотехнологичным вмешательствам, потребность в замене сустава все возрастает. Это связано с ростом дегенеративно-дистрофических заболеваний суставов, быстрым прогрессированием процесса, включением в список показаний к эндопротезированию повреждений ТБС и широким выбором отечественных и импортных эндопротезов.

Эндопротезирование суставов – это оперативное вмешательство, направленное на восстановление движений в суставе, улучшение функции параартикулярных мышц и других мягкотканых структур. Основные задачи эндопротезирования сустава: снять боль, восстановить движение и стабильность в суставе и устранить деформации. Традиционно оценка эффективности эндопротезирования производится по классическим шкалам и тестам (Чанли, Харриса и т.п.), характеризующим, в первую очередь, клинико-функциональные нарушения в суставе, отсутствие или выраженность болевого синдрома [8]. Далеко не всегда высокие показатели этих тестов соответствуют положительной оценке исхода лечения со стороны пациента [3, 7, 10].

В последние годы для оценки эффективности медицинской помощи предложен новый критерий, получивший название «адекватность лечения», под которым понимают необходимость достижения приемлемого для больного качества жизни (КЖ). При заболеваниях, характеризующихся хроническим течением, согласно современному подходу Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ), оценка КЖ пациента имеет даже большее значение, чем клинико-функциональные результаты [1, 5, 9, 12]. Качество жизни, связанное со здоровьем (health related quality of life, HRQL), характеризует приемлемость достигнутых результатов медицинского вмешательства для пациента, его способность адаптироваться к окружающей среде и жить со своим заболеванием (аспекты физичес-

кого и психологического благосостояния), налаживать социальные связи и контакты, взаимодействовать с окружающими [2, 4, 6, 11].

Цель исследования – анализ адекватности оперативного вмешательства на основании оценки качества жизни до и после эндопротезирования тазобедренного сустава (ЭПТБС) с точки зрения пациента.

Исследование основано на изучении 308 историй болезни 283 больных с различной патологией ТБС, находившихся на лечении с 2003 по 2005 г. в отделении травматологии и ортопедии Республиканской клинической больницы МЗ РТ г. Казани. Женщин было 170, мужчин – 138. Большинство пациентов были трудоспособного возраста, средний возраст составил 51 год (минимальный – 18, максимальный – 96).

ЭПТБС производилось по следующим показаниям:

- асептический некроз головки бедренной кости (АНГБК) - 92 операции у 82 (29,88%) больных;
- коксартроз (КА) различной этиологии (диспластический, инволютивный, посттравматический и др.) – 138 (44,8%) вмешательств (13 пациентов оперированы с обеих сторон);
- перелом шейки бедра (ПШБ) – 78 (25,32%) пострадавших (2 пациентки оперированы с обеих сторон).

Всем пациентам при обследовании проводились лабораторные исследования крови и мочи, рентгенография тазобедренных суставов в переднезадней и аксиальной проекциях до и во время лечения, а также компьютерная или магнитно-резонансная томография, в том числе трехмерная реконструкция тазобедренного сустава. С помощью шкалы Харриса проводилась оценка функционального состояния ТБС.

Оценка КЖ велась по 6 шкалам и 24 подшкалам (рекомендация ВОЗ) международного общего опросника качества жизни ВОЗ «КЖ-100». Опросник адаптирован для условий России, валидизирован и рекомендован для медицинских исследований. Данные исследования КЖ характеризуют не клиническую тяжесть заболевания, а отношение больного к своему состоянию (табл.1).

Международный общий опросник качества жизни ВОЗ «КЖ-100»

КРИТЕРИИ КЖ	СОСТАВЛЯЮЩИЕ (ФАСЕТЫ)
Физические (PHYS)	Сила, энергия, усталость, боль, дискомфорт, сон, отдых
Психологические (ENVIR)	Положительные эмоции, мышление, изучение, запоминание, концентрация внимания, самооценка, внешний вид, негативные переживания
Уровень независимости (INDEP)	Повседневная активность, работоспособность, зависимость от лекарств и лечения
Общественная жизнь (SOCREL)	Личные взаимоотношения, общественная ценность, сексуальная активность
Окружающая среда (ENVIR)	Благополучие, безопасность, быт, обеспеченность, доступность и качество медицинского и социального обеспечения, доступность информации, возможность обучения и квалификации, досуг, экология (шум, климат и др.)
Духовность	Личные убеждения, религия
Общее качество жизни (OVERLL)	Интегральная характеристика

В первые три месяца после проведенной операции эндопротезирования у больных наблюдалась достоверная положительная динамика качества жизни, зарегистрированная по шкалам физического, психологического благополучия и независимости (рис. 1). После операции у пациентов практически нормализовались показатели КЖ, нарушенные до нее. Они приблизились к показателям здоровых лиц контрольной группы по общему КЖ, физическому и психологическому благополучию. По шкалам уровня независимости и общественной активности при общей положительной динамике КЖ больных не достигло уровня контрольной группы (пациентов без патологии тазобедренного сустава), но в первом случае эта динамика оказалась выраженной.

Интересно, что самооценка собственного здоровья пациентами практически не менялась: одинаково низко оценивали респонденты свое здоровье по 5-балльной шкале до и после операции артропластики.

При сопоставлении показателей КЖ и данных шкалы Харриса имелась четкая корреляционная взаимосвязь высокой степени достоверности. Таким образом, можно констатировать расхождение между самооценкой больных и показателями КЖ (согласно опроснику ВОЗ «КЖ-100») и сопряженность данных КЖ и объективных показателей состояния здоровья по шкале Харриса.

В дальнейшем, при наблюдении за больными в поздние послеоперационные сроки (12 месяцев после операции), имело место дальнейшее повышение КЖ пациентов практически по всем шкалам и подшкалам опросника ВОЗ «КЖ-100» (табл. 2, рис. 2).

При сравнении показателей КЖ больных и КЖ здоровых лиц контрольной группы видно, что общее КЖ у больных после операции уже на третьем месяце выше, чем у здоровых людей, а через 12 месяцев такой же феномен имеет место по шкалам физического, психологического благополучия и отношения к окружающей среде.

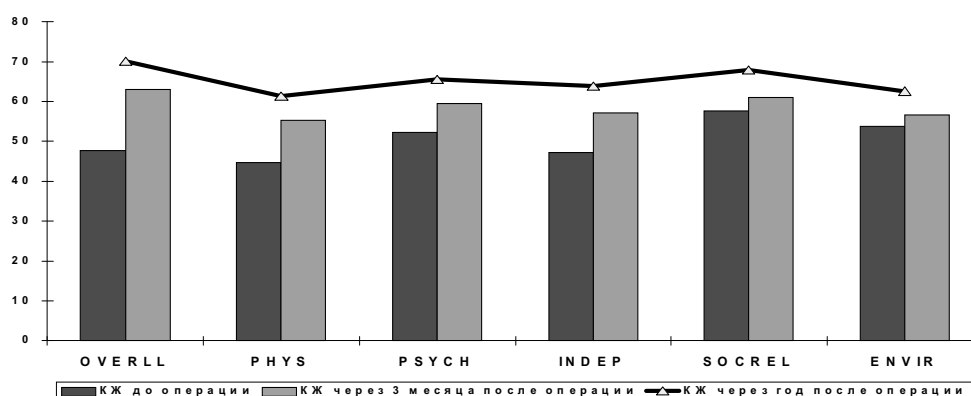


Рис. 1. Показатели качества жизни больных до и после операции эндопротезирования тазобедренного сустава в динамике по шкалам.

Таблица 2

Показатели качества жизни больных до и после операции эндопротезирования тазобедренного сустава

Шкалы и фасеты опросника КЖ	Качество жизни		
	до операции	через 3 месяца после операции	через год после операции
PAINOT (боль)	25,95	59,84	65,26
ENERGY (энергия)	56,47	55,86	59,83
SLEEP (сон)	51,49	50,27	58,81
PFEEL (положительные эмоции)	51,67	57,74	62,80
THINK (мышление)	61,18	65,65	70,18
ESTEEM (самооценка)	57,51	66,09	68,03
BODY (внешность)	50,36	51,38	60,96
NEGNOT (негативные переживания)	41,03	57,07	65,67
MOBIL (подвижность)	49,36	51,93	58,19
ACTIV (активность)	58,10	57,52	61,16
MEDNOT (зависимость от лекарств)	36,32	62,33	67,82
WORK (работоспособность)	44,97	56,96	68,23
RELAT (взаимоотношения)	60,28	62,66	70,90
SUPP (поддержка)	74,18	76,43	79,09
SEXX (сексуальная активность)	38,49	43,63	53,48
SAFETY (безопасность)	52,67	55,25	60,24
HOME (быт)	70,96	70,90	75,00
FINAN (финансы)	51,58	50,55	52,35
SERVIC (обслуживание)	46,64	51,52	56,86
INFORM (информация)	60,19	65,21	73,77
LEISUR (отдых)	48,59	57,90	66,70
PHYENV (экология)	54,07	55,64	60,75
TRANSP (транспорт)	45,61	46,29	54,91
SPIRIT (духовность)	60,86	61,44	63,83
OVERLL (общее КЖ)	47,64	62,99	70,08
PHYS (физическая активность)	44,64	55,32	61,30
PSYCH (психологическое состояние)	52,35	59,59	65,53
INDEP (независимость)	47,19	57,19	63,85
SOCREL (социальные взаимоотношения)	57,65	60,91	67,82
ENVIR (окружающая среда)	53,79	56,68	62,58

Примечание: максимальное количество баллов - 100.

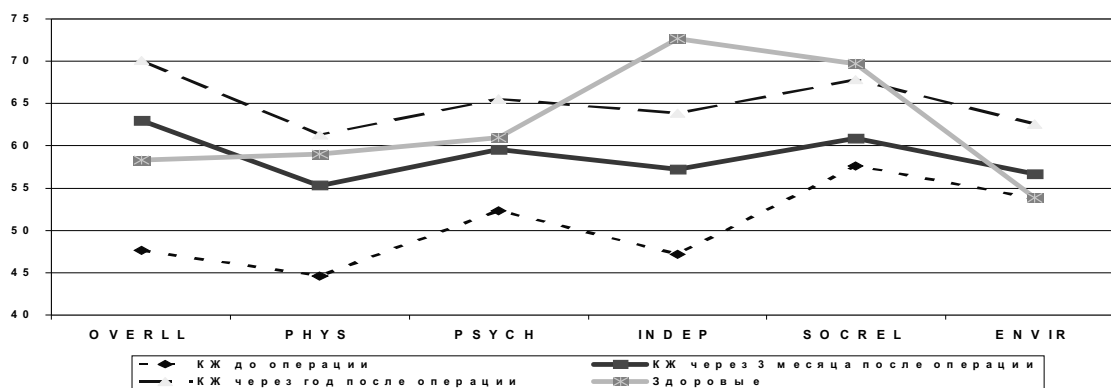


Рис. 2. Сравнение КЖ больных после операции эндопротезирования и здоровых респондентов на различных сроках.

В целом у больных через год после операции КЖ было выше, чем у их здоровых соотечественников. Этот факт можно объяснить тем, что дли-

тельно страдающие патологией суставов люди, наконец, почувствовали себя практически здоровыми и, в отличие от последних, ценят этот факт, поскольку

ку им есть, с чем сравнивать. Единственная шкала, по которой КЖ контрольной группы осталось достоверно выше на всех послеоперационных сроках, – это шкала независимости, хотя прирост среднего показателя по шкале Харриса до операции и через год после нее составил 226,1% (от $40,67 \pm 1,349$ до $91,94 \pm 0,776$), и это является прекрасным результатом лечения.

Между диагнозом, с которым пациент обратился к врачу, и динамикой КЖ, полученной в результате операции, существовала корреляция, но она не имела высокой степени достоверности. Более детальный анализ показал следующее: несмотря на то, что максимальный рост показателя общего КЖ наблюдается у пациентов с асептическим некрозом головки бедренной кости, наиболее значимый прирост показателей КЖ по шкалам физического благополучия, независимости и отношения к окружающей среде, регистрируется у больных с коксартрозами. Больные с переломами шейки бедра по большинству позиций занимают промежуточное положение.

Больные с АНГБК и коксартрозом до операции имели одинаково низкие показатели КЖ и возможности двигательной активности по шкале Харриса. Через 3 месяца после артропластики тазобедренного сустава КЖ всех больных повысилось по всем показателям опросника ВОЗ «КЖ-100» кроме шкал, отражающих уровень социальной активности и отношение к окружающей среде. Через 12 месяцев после операции, после завершения реабилитационного процесса, наблюдалось повышение КЖ по всем шкалам опросника ВОЗ «КЖ-100», причем по показателю общего КЖ она была максимально значимой. Эти факты можно объяснить тем, что больные проходят стадию адаптации к окружающей действительности, у них исчезает болевая симптоматика, и значительно возрастают возможности активности, что требует концентрации внимания к своему здоровью. Как показало наше исследование, в дальнейшем КЖ больных продолжает расти, их социальная активность приближается к активности здоровых лиц.

Если исходное КЖ у всех больных с патологией ТБС было одинаковым, то через 3 месяца после операции показатель общего КЖ различался в зависимости от исходного диагноза. Он был выше у больных АНГБК по сравнению с больными коксартрозом – 68,35 против 61,81 ($p < 0,05$). Через год после артропластики эти различия нивелировались.

У всех больных после операции наблюдался рост показателей КЖ, ни у одного из них не было отрицательной динамики: выросли показатели функциональной активности, причем ни у одного больного не было состояния, которое оценивалось по шкале Харриса как неудовлетворительное. Удовлетворительное состояние отмечено лишь у трех больных.

Через 3 месяца после операции КЖ достоверно различалось по всем показателям у лиц с хорошей и удовлетворительной функциональной динамикой. При хороших функциональных результатах операции (максимальный объем движений, минимальный болевой компонент, согласно шкале Харриса) динамика КЖ по всем показателям была достоверной. При более скромных результатах через 3 месяца динамика КЖ не была достоверной, за период реабилитации через 12 месяцев она достигала значимости по всем шкалам. Через год эти различия оставались достоверными по шкалам психологического благополучия и социальных взаимоотношений ($p < 0,05$), в то время как по шкалам общего качества жизни, физического благополучия, отношения к окружающей среде они нивелировались.

Таким образом, можно констатировать существенное возрастание общего КЖ, достоверный рост психологической и социальной адаптированности пациентов с патологией ТБС. И чем больше этот рост, тем в большей мере пациенты подвергаются психологической и социальной адаптации, которая является конечной целью лечения. Полученные данные иллюстрируют зависимость между показателями КЖ и шкалы Харриса.

Выводы

1. Патология ТБС обуславливает низкое качество жизни больных, которое достоверно возрастает после эндопротезирования.
2. Динамика показателей КЖ зависит от диагноза, результатов достигнутой функциональной реабилитации и в любом случае является достоверно положительной.
3. В соответствии с критерием КЖ у больных с асептическим некрозом головки бедренной кости, коксартрозом, переломом шейки бедра операция ЭПТБС является обоснованной.

Литература

1. Бурковский, Г. Сравнение измерительного инструмента качества жизни Всемирной организации здравоохранения (ВОЗКЖ-100) и Ланкаширского профиля качества жизни (ЛПКЖ) / Г. Бурковский, Р. Тэйлор // Исследование качества жизни в медицине: матер. междунар. конф. – СПб., 2002. – С.122–123.
2. Медицинские и социальные проблемы эндопротезирования суставов конечностей / В.П. Москалев [и др.]. – СПб.: Морсар АВ, 2001. – 157 с.
3. Новик, А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд, – СПб.: Элби, 1999. – 140 с.
4. Петров, В.И. Проблема качества жизни в биоэтике / В.И. Петров, Н.Н. Седова. – Волгоград: Издатель, 2001. – 96 с.
5. Пушкарев, А.Л. Качество жизни: структура понятия и перспективы использования его в лечении и реабилитации / А.Л. Пушкарев, Н.Г. Аринчина, Н.Е.

- Крылова // Проблемы реабилитации. — 2000. — № 1. — С. 32–37.
6. Савин, В.В. Сравнение показателя качества жизни у больных пожилого и старческого возраста с критической ишемией нижних конечностей после сосудисто-реконструктивных операций и ампутаций / В.В. Савин // Анестезиология и сосудистая хирургия. — 2001. — № 7. — С. 54–60.
 7. Шарафутдинов, М.Г. Паллиативная помощь и качество жизни / М.Г. Шарафутдинов, Г.А. Новиков, О.П. Модников // Паллиативная медицина и реабилитация. — 2000. — № 4. — С. 14–19.
 8. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации / под ред. А.Н. Боловой, О.Н. Щепетовой. — М. : Антидор, 2002.
 9. Jones, P.W. Why quality of life measures should be used in the treatment of patients with respiratory illness / P.W. Jones [et al.] // *Monaldi Arch. Dis. Chest.* — 1994. — Vol. 49. — P.79–82.
 10. Mercier, C. Developing a quality of life questionnaire: statistical analysis in clinical trials / C. Mercier [et al.] // *News Letter Qol.* — 1995. — N 12. — P. 10–12.
 11. Skevington, S.M. Selecting national items for the WHOQOL: conceptual and psychometric considerations / S.M. Skevington [et al.] // *Soc. Sci. Med.* — 1999. — Vol.48, N 4. — P. 473–487.
 12. Skevington, S.M. Measuring quality of life in Britain: introducing the WHOQOL-100 / S.M. Skevington // *J. Psychosom. Res.* — 1999. — Vol. 47, N 5. — P. 449–459.