

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ, СВЯЗАННОГО СО ЗДОРОВЬЕМ, У ПАЦИЕНТОВ С АСЕПТИЧЕСКИМ НЕКРОЗОМ

Н.А. Мартусевич¹, Е.В. Гудкевич²

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹

E-mail: martusevitch@mail.ru

УЗ «6-я городская клиническая больница г. Минска»²

УДК 616.728.2:616-002.4

Ключевые слова: асептический некроз, качество жизни, связанное со здоровьем, визуально-аналоговая шкала.

ДЛЯ ЦИТИРОВАНИЯ. Н.А. Мартусевич, Е.В. Гудкевич. Оценка качества жизни, связанного со здоровьем, у пациентов с асептическим некрозом. *Неотложная кардиология и кардиоваскулярные риски*, 2019, Т. 3, № 2, С. 709–712.

Цель: оценить качество жизни, связанное со здоровьем (КЖЗ), у пациентов с асептическим некрозом (АН), а также определить наиболее значимые факторы риска, предрасполагающие к низкому КЖЗ у пациентов с АН.

Методы. Проведено поперечное исследование КЖЗ. Основную группу составили 22 пациента с АН. Контрольную – 24 пациента, не имевших АН, сопоставимые по полу, возрасту, коморбидной патологии. КЖЗ, оценивалось по 8 шкалам опросника SF-36.

Результаты. Пациенты основной и контрольной групп статистически значимо не различались по индексу массы тела (ИМТ), а также пациенты с ранними и поздними стадиями АН. Пациенты с АН характеризовались умеренным болевым синдромом на момент осмотра и выраженным при максимальной боли. Была обнаружена отрицательная корреляция

средней силы между оценкой боли по визуально-аналоговой шкале (ВАШ) на момент осмотра, максимальной боли по ВАШ и физическим функционированием по SF-36. У пациентов основной и контрольной групп статистически значимо различалось физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли. Физическое функционирование различалось у пациентов с ранними и поздними стадиями АН. У пациентов основной и контрольной групп статистически значимо различалось ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, и общее здоровье.

Заключение. Учитывая полученные данные, необходимо полноценную анальгетическую терапию, а также проводить консультации с психологом наряду с другими компонентами консервативного лечения пациентам с АН с целью улучшения их качества жизни.

EVALUATION OF HEALTH-RELATED QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH AVASCULAR NECROSIS

N.A. Martusevich¹, K.V. Gudkevich²

Belarusian State Medical University¹

Minsk City Clinical Hospital № 6²

Key words: avascular necrosis, health-related quality of life, visual analogue scale.

FOR REFERENCES. N.A. Martusevich, K.V. Gudkevich. Evaluation of health-related quality of life in patients with avascular necrosis. *Neotlozhnaya kardiologiya i kardioovaskulyarnye riski* [Emergency cardiology and cardiovascular risks], 2019, vol. 3, no. 2, pp. 709–712.

Aim: to evaluate Health-Related Quality of Life (HRQL) in patients with avascular necrosis (AN) and to identify the most significant risk factors, which lead to low HRQL in patients with AN.

Methods: A cross-sectional study of HRQL was conducted. 22 patients with AN were included into the study group. 24 patients without AN, comparable in age, gender and comorbidity were included into control group. HRQL was evaluated using SF-36.

Results. Patients from the study and control groups didn't differ in Body Mass Index (BMI), nor did the patients in the early and late stages of the disease. Patients with AN tended to have a moderate pain on examination and a pronounced severe pain on maximum pain attacks. A moderate negative

correlation of Visual Analog Scale (VAS) pain on examination, VAS maximum pain and Physical Function was determined. Statistically significant differences in Physical Function, Role Limitations due to Physical Health Problems, and Bodily Pain between the patients of the study group and the control group were revealed. Physical Function differed in patients with early and late stages of AN. There were statistically significant differences in Role Limitations due to Emotional Problems as well as in General Health between patients from the study group and the control group.

Conclusion. According to the data obtained it is of high importance to prescribe effective analgesics and to provide psychological advice in addition to other components of conservative treatment in patients with AN to improve their quality of life.

Асептический некроз (АН) – редкое заболевание суставов с тяжелыми клиническими исходами, частота встречаемости которого в большинстве стран точно не изучена [1]. АН включает серию событий, которые происходят в кости после инфаркта костной ткани. Начиная с асимптомной и до поздних стадий заболевание имеет множество клинических проявлений [2], основным из которых является выраженная боль. Заболевание имеет быстропрогрессирующий характер. Без лечения более 70% пациентов с АН требуется эндопротезирование суставов через 3–4 года после установления диагноза [3]. АН встречается в основном среди молодых людей с большой ожидаемой продолжительностью жизни и высокими функциональными потребностями, преимущественно молодых мужчин трудоспособного возраста. Данное заболевание является инвалидизирующим, таким образом приносит неопределимые трудовые и экономические потери семьям пациентов и всему обществу.

Качество жизни, связанное со здоровьем, (КЖСЗ), является определяющей целью лечения пациентов с заболеваниями, не ограничивающими продолжительность жизни, к которым относятся большинство болезней костно-мышечной системы. Это связано с тем, что многие заболевания данной группы имеют хронический, затяжной характер. В то же время, не существует лекарств, излечивающих хронические заболевания.

В связи с этим целесообразна оценка исходного КЖСЗ как одного из возможных способов коррекции до начала лечения с целью определения направлений для дальнейшей его коррекции, а также оценка КЖСЗ в динамике с целью контроля эффективности лечения.

Согласно определению Всемирной организации здравоохранения, качество жизни – это индивидуальное восприятие своей позиции в жизни в контексте своей культуры и системы ценностей, а также с учетом целей, ожиданий, стандартов и интересов.[4]

Существуют данные литературы об оценке качества жизни у пациентов с АН до и после операции эндопротезирования. Однако при анализе литературы данных об изучении КЖСЗ у пациентов на ранней стадии АН не было обнаружено.

Цель исследования

Оценить КЖСЗ у пациентов с АН, а также определить наиболее значимые факторы риска, предрасполагающие к низкому КЖСЗ, у пациентов с асептическим некрозом.

Методы

Проведено поперечное исследование КЖСЗ. Основную группу составили 22 пациента с АН (68%, $n = 15$) были мужского пола, возраст 37 (32–58) лет, находившиеся на стационарном лечении в ревматологическом и травматологическом отделении № 1 УЗ «6-я ГКБ». Критериями включения были: диагноз АН головки либо мыщелков бедренной кости, подтвержденный с помощью рентгенографии, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии. Пациенты с АН головки и АН мыщелков бедренной кости были объединены в одну группу вследствие схожего характера болевого синдрома, неблагоприятным прогнозом относительно сохранения сустава. Критериями исключения были: посттравматический АН, наличие сопутствующей патологии, оказывающей влияние на качество жизни. Пациенты основной группы были разделены на 2 подгруппы в зависимости от планируемого лечения АН (12 пациентов с ранней стадией с предполагаемым консервативным лечением, 10 пациентов с поздними стадиями, которым была показана операция эндопротезирования).

Контрольную группу составили 24 пациента, не имевших АН (37,5%, $n = 24$), были мужского пола, возраст 44 (32–61) года. Пациенты основной и контрольной групп были сопоставимы по полу, возрасту, коморбидной патологии.

КЖСЗ оценивалось с помощью формы SF-36, которая является одним из наиболее распространенных инструментов для оценки КЖСЗ. Учитывая отсутствие специфического опросника для оценки КЖСЗ при асептическом некрозе, а также наличие публикаций по АН, использующих SF-36 в качестве общего опросника для оценки КЖСЗ, было целесообразным применить данный инструмент в настоящем исследовании.

Опросник SF-36 был переведен на русский язык и апробирован Институтом клинико-фармакологических исследований (Санкт-Петербург).

КЖСЗ оценивалось по восьми основным шкалам. Они включают три психологические шкалы (социальное функционирование (СФ), психическое здоровье (ПЗ), ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием (РФЭ)), три физические шкалы (физическое функционирование (ФФ), ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием (РФФ), интенсивность боли (ИБ)), две шкалы, оценивающие здоровье в общем (общее состояние здоровья (ОЗ), жизненная активность (ЖА)). Каждая из 8 шкал оценивалась от 0 до 100. Чем выше оценка по каждой из категорий, тем лучше

состояние здоровья [6]. Руководство по оценке качества жизни с помощью SF-36 рекомендует оценивать все 8 категорий отдельно.

Обработка данных осуществлялась с помощью программного пакета STATISTICA 10.0 с использованием методов описательной и непараметрической статистики. Количественные данные представлены как медиана (25–75%), категориальные – в виде абсолютных и относительных величин. Непараметрический тест Манна-Уитни применялся для выявления значимых различий между группами. Непараметрический корреляционный анализ Спирмена использовался для выявления коэффициента корреляции.

Результаты и обсуждение

Общая характеристика пациентов с АН

Пациенты с АН характеризовались умеренным болевым синдромом на момент осмотра и выраженным при максимальной боли (таблица 1). Была обнаружена отрицательная корреляция средней силы между оценкой боли по ВАШ на момент исследования ($r = -0,52$, $p < 0,05$) и ФФ, между оценкой максимальной боли по ВАШ ($r = -0,62$, $p < 0,05$) и ФФ.

В качестве возможного фактора риска рассматривался индекс массы тела ввиду того, что избыточная нагрузка на сустав может приводить к более низкому КЖСЗ. Однако при дальнейшем анализе было обнаружено, что пациенты основной и контрольной групп статистически значимо не различаются по индексу массы тела (ИМТ) ($p = 0,98$), а также пациенты с ранними и поздними стадиями АН ($p = 0,34$).

Оценка КЖСЗ с помощью физических шкал опросника SF-36. Согласно полученным данным, у пациентов основной и контрольной групп статистически значимо различалось ФФ (поднятие тяжестей, подъем по лестнице, приседание на корточки, ходьба и пр.), $p < 0,001$, РФФ (повседневная ролевая деятельность, работа), $p < 0,001$, ИБ (влияние боли на повседневную деятельность, работу по дому), $p < 0,001$, что свидетельствует о том, что физическая активность пациента и его повседневная деятельность значительно ограничиваются состоянием его здоровья и уровнем боли (рисунок 1). Кроме того, было выявлено, что ФФ статистически значимо различалось у пациентов с ранними и поздними стадиями АН ($p < 0,01$). Было проведено сопоставление полученных данных с таковыми при ОА коленных и тазобедренных суставов [6].

Переменная	Значение
Возраст, лет	37 (32–58)
Пол	
Мужской	15
Женский	7
Оценка по ВАШ на момент исследования	
0–1	8
2–3	3
4–5	2
Более 6	1
Максимальная боль по ВАШ	
3–4	1
5–6	3
7–8	4
9–10	8
Предполагаемое лечение	
Оперативное (эндопротезирование)	10
Консервативное	12

Таблица 1.
Характеристики
пациентов
с асептическим
некрозом ($n = 22$)

ФФ у пациентов на ранних стадиях АН значительно выше, а на поздних стадиях значительно ниже, чем у пациентов с остеоартритом (ОА). РФФ у пациентов с АН ниже, чем при ОА. ИБ при АН оказывает меньшее влияние на качество жизни, чем при ОА [6].

Оценка КЖСЗ с помощью психологических шкал опросника SF-36. Было выявлено, что у пациентов основной и контрольной групп статистически значимо различалось РФЭ (объем выполняемой работы, затраченного времени на объем работы), $p < 0,05$ (рисунок 2). Однако ПЗ (состояние тревоги, де-

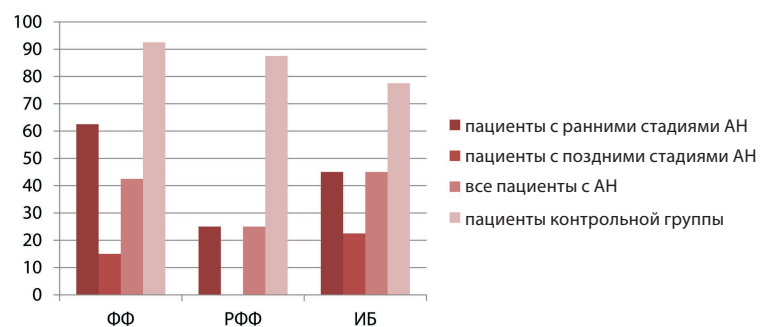


Рисунок 1. Показатели физических шкал SF-36 у пациентов с асептическим некрозом. ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, ИБ – интенсивность боли

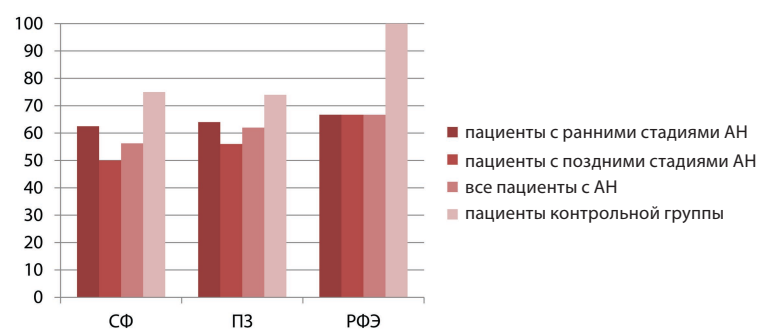


Рисунок 2. Показатели психологических шкал SF-36 у пациентов с асептическим некрозом. СФ – социальное функционирование, ПЗ – психическое здоровье, РФЭ – ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием

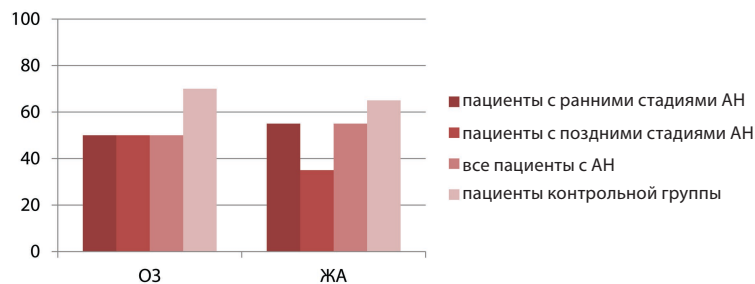


Рисунок 3. Показатели шкал SF-36, оценивающих здоровье в целом. 3 – общее здоровье, ЖА – жизненная активность

прессии), СФ (уровень общения, социальные контакты) значимо не различалось как среди основной и контрольной групп, так и среди пациентов с различными стадиями. РФЭ оказывает при АН меньшее влияние на качество жизни, чем при ОА [6].

Оценка КЖСЗ с помощью шкал опросника SF-36, оценивающих здоровье в целом. При анализе данных было обнаружено, что ОЗ значимо различалось у пациентов основной и контрольной групп, $p = 0,001$ (рисунок 3). Однако ЖА (ощущение энергичности или утомления) значимо не различалась как при сравнении основной и контрольной групп, так и среди пациентов с ранней и поздней стадиями. ЖА при ранних стадиях АН оказывает на качество жизни влияние, сопоставимое с ОА. Однако на поздних стадиях АН качество жизни у пациентов значительно ниже, чем при ОА [6].

REFERENCES

1. Dima A., Pedersen A.B., Pedersen L., Baicu C., Thomsen R.W. Association of common comorbidities with osteonecrosis: a nationwide population-based case-control study in Denmark. *BMJ Open*, 2018, vol. 8, no. 2, pp. e020680. doi: 10.1136/bmjopen-2017-020680.
2. Kang J.S., Park S., Song J.H., Jung Y.Y., Cho M.R., Rhyu K.H. Prevalence of osteonecrosis of the femoral head. A nationwide epidemiologic analysis in Korea. *J Arthroplasty*, 2009, vol. 24, no. 8, pp. 1178–1183. doi: 0.1016/j.arth.2009.05.022.
3. Mont M.A., Zywielski M.G., Marker D.R., McGrath M.S., Delanois R.E. The natural history of untreated asymptomatic osteonecrosis of the femoral head: a systematic

Закключение

Пациенты с АН характеризовались низким КЖСЗ по сравнению с пациентами контрольной группы. Проведенное исследование позволило выявить, что КЖСЗ у таких пациентов низкое преимущественно за счет снижения оценки по физическим шкалам SF-36 (РФ, РФФ, ИБ), а также РФЭ и ОЗ. Оценка боли по ВАШ влияет, а ИМТ не оказывает влияния на уровень ФФ. Учитывая полученные данные, необходимо проводить полноценную анальгетическую терапию наряду с другими компонентами консервативного лечения пациентам с АН с целью улучшения их качества жизни. С учетом нарушения РФЭ, можно также рассмотреть коррекцию с психологом.

Выражение благодарности: авторы благодарят заведующего ревматологическим отделением УЗ «6-я городская клиническая больница» Деткович Е.П., заведующего травматологическим отделением №1 УЗ «6-я городская клиническая больница» Царёва В.П. и врача ортопеда-травматолога Герасимова А.Г. за оказанную помощь при проведении исследования.

Источник финансирования: работа выполнена на инициативной основе.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов, способного повлиять на трактовку результатов исследований.

Поступила 15.11.2019