

КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПРИ ОСТЕОПОРОЗЕ

ПРОСПЕКТИВНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ, ПЕРЕНЕСШИХ ПЕРЕЛОМ ПРОКСИМАЛЬНОГО ОТДЕЛА БЕДРА

О.М. ЛЕСНЯК¹, С.А. БАХТИЯРОВА¹, К. Н. ГОЛОБОРОДЬКО¹, Н.Л. КУЗНЕЦОВА²

¹ Кафедра семейной медицины (заведующий — проф. О.М. Лесняк);

² Кафедра ортопедии и травматологии (заведующий — проф. С.М. Кутепов) ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия (ректор — проф. С.М. Кутепов), Екатеринбург

Целью исследования явилось изучение качества жизни больных, перенесших перелом проксимального отдела бедра (ППОБ). В сравнительное проспективное трехлетнее исследование включены три группы госпитальных пациентов в возрасте 50 лет и старше: 50 чел. после ППОБ, 45 чел. с ИМ и 64 пациента контрольной группы. По полу и возрасту группы не различались ($p>0,05$). Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36.

ППОБ и ИМ имели одинаковую летальность и примерно одинаково ухудшали качество жизни, но пациенты с ППОБ были больше ограничены в физической активности и сильнее страдали от боли ($p<0,05$). Через 3 года показатели физической активности и общего здоровья в обеих групп оставались низкими, но пациенты после ППОБ имели худшие показатели шкал жизнеспособности и психического функционирования ($p<0,05$). Качество жизни пациентов ППОБ, получивших хирургическое лечение, к концу наблюдения было выше, чем у больных, лечившихся консервативно.



Остеопоротические переломы — одна из глобальных проблем здравоохранения в современном обществе [6]. Переломы у пожилых людей имеют самые драматические последствия не только потому, что влекут за собой значительные экономические потери. Немаловажно, что они меняют качество жизни пациентов [14].

Перелом проксимального отдела бедра (ППОБ) — самый тяжелый среди всех переломов, ассоциированных с остеопорозом [8]. В России летальность в течение года после ППОБ составляет 45,5%, при этом 2/3 смертельных исходов приходится на первые 6 мес. [1, 3]. Эти цифры существенно превышают зарубежные данные (5—20% [7]), что, вероятно, обусловлено различиями в организации медицинской помощи этим больным. В частности, для России характерна низкая оперативная и реабилитационная активность в отношении ППОБ.

Закономерно, что немногочисленные исследования, изучавшие качество жизни (КЖ) пожилых пациентов, перенесших ППОБ, продемонстрировали значительное его снижение. При этом страдают практически все составляющие (физическое, социальное и ролевое функционирование), причем не только на период, непосредственно связанный с травмой [9, 11, 13]. Через 3 мес. после травмы пациенты с ППОБ имели достоверно худшие показатели физического и социального функционирования по сравнению с контрольной группой. Вместе с тем оценки боли и психического здоровья не различались в двух группах [9]. С этим согласуются результаты другого, более длительного исследования [13]. В него были включены пациенты после ППОБ, которым в течение 48 часов от момента травмы было проведено оперативное лечение (эндопротезирование либо остеосинтез). Оказалось, что восстановление показателей КЖ напрямую зависит от исходов самого хирургического вмешательства. Тем не менее полного восстановления показателей КЖ не наблюдалось ни в одной группе больных. Особенно низки были показатели шкалы физического функционирования, значения которых даже через год после перелома составляли лишь 85% от исходных. В другом исследовании [11] было показано, что помимо физической активности у пациентов, перенесших ППОБ, были достоверно хуже, чем в общей популяции, такие параметры, как уровень социальной изоляции, эмоциональных реакций и качество сна. Из пациентов, выживших к 4 месяцу после перелома, 43% смогли восстановить способность к передвижению, сравнимую с уровнем до перелома, но лишь

17% смогли достичь того же уровня повседневной активности, что и раньше.

Проведение операции эндопротезирования или остеосинтеза в течение 24—48 часов после травмы является общепризнанным стандартом ведения пациентов с ППОБ [2]. В то же время в нашей стране при лечении этого перелома до сих пор превалирует консервативный метод [1]. Данных изучения КЖ пациентов с ППОБ на фоне низкой оперативной активности нет, что и определило цель данного исследования — изучение качества жизни российских больных, перенесших ППОБ, в сравнении с пациентами другой патологии, свойственной данной возрастной группе.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Проведено сравнительное проспективное когортное исследование, в которое были включены три группы пациентов, госпитализированных в стационары г. Екатеринбурга. Общими критериями включения были возраст 50 лет и старше, способность понять вопросы анкеты и дать информированное согласие на участие в исследовании. Набор больных проводился в одни и те же сроки, последовательно, по мере поступления в стационар. Первое интервью проводилось в среднем на 7-й день после поступления пациента в стационар.

Первую группу составили 50 больных травматологического отделения с ППОБ (трансервикальным или чрезвертельным), полученными при низком уровне травмы. Обязательным условием было рентгенологическое подтверждение диагноза. Чрезвертельный ППОБ имели 23 чел. (46%), трансервикальный — 27 (54%). Структура вариантов лечения пациентов этой группы приведена на рисунке. Преобладали больные, находившиеся на консервативном лечении (58%). Возраст прооперированных пациентов не отличался от среднего возраста больных, пролеченных консервативно ($p>0,05$).

Вторую группу составили 45 больных с инфарктом миокарда (ИМ). Инфаркт миокарда в качестве сравнения выбран в связи с тем, что это заболевание характерно для той же возрастной группы, на остроте симптоматики, так же как ППОБ, оно вызывает вынужденную обездвиженность в связи с постельным режимом и сопровождается выраженным болевым синдромом [15].

Третью (контрольную) группу составили 64 пациента, получавшие консервативное лечение в офтальмологическом отделении по поводу хронических заболеваний органа зрения (катаракта, глаукома и т. д.) и не имевшие в анамнезе

Таблица 1

Демографическая характеристика групп пациентов, включенных в исследование

Анализируемые группы	Средний возраст (годы)	Женщины (%)	Мужчины (%)
Перелом проксимального отдела бедра (n=50)	67,3±9,5	62,0%	38,0%
Инфаркт миокарда (n=45)	62,4±9,4	58,3%	41,7%
Контрольная группа (n=64)	67,9±8,2	61,1%	38,9%

ИМ или ППОБ. По полу и возрасту все три группы не различались (табл. 1). Мужчины и женщины, включенные в исследование, также не различались по возрасту ($p>0,05$).

Период наблюдения за больными первой и второй групп составил в среднем 3 года (36,38±3,37 мес. для группы с ППОБ, 36,15±2,49 мес. для группы с ИМ). Сбор данных на момент включения в исследование осуществлялся при личной беседе в стационаре, а при динамическом наблюдении через 1 год и 3 года — путем телефонных звонков или при визите к пациенту на дом. Больные третьей (контрольной) группы опрашивались однократно.

Через год после события была собрана информация о 46 пациентах с ППОБ (92%) и 41 — с ИМ (91%). Через 3 года была получена информация о 37 больных с ППОБ (74%) и 37 — с ИМ (82%). Ненайденные пациенты по указанному ранее адресу не проживали.

Для оценки качества жизни использовался опросник SF-36 («SF-36 Health Status Survey»), который относится к неспецифическим опросникам для оценки качества жизни. Языковая адаптация была проведена ранее [5]. 36 пунктов опросника сгруппированы в восемь шкал (табл. 2). Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: физический суммарный компонент здоровья и психический суммарный компонент здоровья. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленным таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень качества жизни [4, 5]. Для обработки использовалась «Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36» [5].

Статистическая обработка проводилась в программном пакете Statistica 5.0. Данные по качественным признакам представлены в виде абсолютных и относительных частот (процентов). Данные по количественным признакам представлены в виде среднего (M), стандартного отклонения (s). Нормальность распределения количественных признаков оценивалась по критериям согласия Шапиро—Уилка и Андерсон—Дарлинга. Гипотеза о нормальности была от-

Таблица 2

Шкалы опросника SF-36

Условное обозначение	Шкала	Суммарные показатели шкал, условное обозначение
ФФ РФ Б	Физическое функционирование Рольное функционирование Боль	Физический суммарный компонент здоровья (ФСК)
ОЗ	Общее здоровье	
ЖС	Жизнеспособность	
СФ ЭФ ПФ	Социальное функционирование Эмоциональное функционирование Психологическое функционирование	Психический суммарный компонент здоровья (ПСК)

клонена для всех изучаемых признаков в связи с небольшим объемом каждой из групп, поэтому для анализа использованы непараметрические статистические критерии. При сравнении двух групп по качественному признаку использован точный критерий Фишера, по количественному признаку — двухвыборочный критерий Уилкоксона—Манна—Уитни и критерий Колмогорова—Смирнова. Для сравнения нескольких групп по качественному признаку использован критерий χ^2 («хи-квадрат»). Для выявления корреляций применялся коэффициент Спирмена. Различия считались статистически значимыми при величине $p<0,05$.

РЕЗУЛЬТАТЫ

В течение первого года наблюдения умерли 5 пациентов с ППОБ (10%) и 4 пациента, перенесшие ИМ (9%) ($p=0,8$). При этом в стационаре не умер ни один пациент. Кумулятивная летальность в течение 3 лет после ППОБ составила 30% (15 чел.), после ИМ — 24% (11 чел.) ($p>0,05$).

Летальность среди женщин в течение года после события составила 10% в группе с ППОБ, 6% в группе с ИМ; за три года — 24% в группе с ППОБ и 11% в группе с ИМ ($p>0,05$). Среди мужчин в течение первого года умерло 2,2% в группе с ИМ (умерших после ППОБ не было), за три года — 6% в группе с ППОБ и 13% в группе с ИМ ($p>0,05$). При этом следует отметить, что возраст умерших мужчин и женщин не различался (78,7±5,1 года и 78,3±3,1 года соответственно). Вместе с тем умершие пациенты были старше (средний возраст умерших составил 76,46±4,6 года против 63,34±8,4 года у оставшихся в живых, $p<0,01$).

Среди больных, оперированных по поводу ППОБ, в течение первого года умер один пациент (4,5%), среди пациентов, пролеченных консервативно, — 4 (13,8%) ($p>0,05$). Всего за три года умерло 5 больных из числа оперированных

Таблица 3

Характеристика показателей качества жизни по шкале SF-36 пациентов с переломом проксимального отдела бедра через неделю, 1 год и 3 года после травмы в сравнении с показателями контрольной группы

Срок наблюдения после травмы	Физическое функционирование	Рольное функционирование	Боль	Общее здоровье	Жизнеспособность	Социальное функционирование	Эмоциональное функционирование	Психическое функционирование
Перелом проксимального отдела бедра								
1 неделя	4,4±12†*	15±23†	23±15†*	49±16†	39±23†	70±26	20±33	44±22
1 год	21±19†***	20±34	39±23	45±19†	38±24†	75±27	33±41	46±17
3 года	45±31†**	38±41**	47±15**	42±11†***	42±16	72±24	30±41	45±13
Контрольная группа								
	70±22	28±34	44±13	56±18	50±18	79±24	29±38	52±20

† — $p<0,05$ при сравнении группы с переломами проксимального отдела бедра с контрольной группой;

* — $p<0,05$ при сравнении данных первой недели и 1 года;

** — $p<0,05$ при сравнении данных первой недели и 3 лет;

*** — $p<0,05$ при сравнении данных 1 года и 3 лет.

Таблица 4

Характеристика показателей качества жизни по шкале SF-36 пациентов с переломом проксимального отдела бедра, прооперированных и пролеченных консервативно, через неделю, 1 год и 3 года после травмы

Срок наблюдения после травмы	Вид лечения	Физическое функционирование	Ролевое функционирование	Боль	Общее здоровье	Жизнеспособность	Социальное функционирование	Эмоциональное функционирование	Психическое функционирование
1 неделя	Оперативное (n=22)	5,2±11,7	15,9±26,2	23,5±14,0	51,7±16,0	39,7±25,9	70,4±27,7	24,2±37,0	44,7±25,0
	Консервативное (n=28)	3,7±13,7	14,3±21,9	22,7±16,2	47,2±17,0	39,2±22,5	69,6±25,5	16,6±30,7	45,0±20,9
1 год	Оперативное (n=20)	28,3±19,0	16,6±12,5	43,8±23,6	47,6±18,7	37,5±19,9	75,0±26,2	38,9±29,1	44,0±16,0
	Консервативное (n=21)	15,6±19,0	21,8±14,0	35,5±24,2	44,0±20,5	39,4±29,2	75,0±29,8	49,0±27,5	49,0±20,1
3 года	Оперативное (n=14)	52,7±29,4	63,2±19,5	46,3±17,4	40,8±12,2	46,3±18,5	79,5±20,3	54,4±25,0	49,8±17,9
	Консервативное (n=13)	37,5±32,5*	15,0±27,4*	48,7±14,0	42,8±12,0	38,7±14,0	66,6±27,3	8,2±20,5*	42,0±7,9

* — $p < 0,05$ при сравнении групп оперативного и консервативного лечения.

пациентов (24%), а в подгруппе пролеченных консервативно — 10 (34,5%) ($p > 0,05$).

Данные изучения качества жизни пациентов, перенесших ППОБ, в сравнении с контрольной группой представлены в табл. 3. Через неделю после травмы у пациентов с ППОБ большинство показателей качества жизни — физическое и ролевое функционирование, боль, общее здоровье, жизнеспособность — были хуже, чем в контрольной группе. Хотя значения остальных шкал не отличались от таковых в контрольной группе, отмечена их умеренная отрицательная корреляция с возрастом пациента: для шкалы социального функционирования $r = -0,36$ ($p = 0,0006$), эмоционального функционирования — $r = -0,29$ ($p = 0,005$), психического функционирования — $r = -0,24$ ($p = 0,01$). Подобная закономерность зарегистрирована и в отношении шкалы жизнеспособности ($r = -0,24$, $p = 0,04$). Остальные изученные параметры были одинаково низкими у лиц любого возраста.

За период наблюдения показатель шкалы физического функционирования постепенно увеличивался, но так и не достиг уровня пожилых людей без травмы. В течение всего времени прогрессивно ухудшались и значения шкалы общего здоровья. Вместе с тем ролевое функционирование восстановилось через год и приблизилось к показателям контрольной группы. Боль постепенно уменьшилась, и к концу первого года показатель шкалы статистически не отличался от показателей контрольной группы. Показатель жизнеспособности оставался низким в течение года, но через 3 года достиг показателей пациентов контрольной группы. Если через год после травмы корреляции показателей шкал с возрастом пациента найдено не было, то через 3 года была выявлена умеренная отрицательная зависимость между возрастом пациентов и показателями шкалы физического функционирования ($r = -0,23$, $p = 0,02$). Интересно, что подобная закономерность была характерна и для контрольной группы ($r = -0,24$, $p = 0,01$).

В табл. 4 представлена сравнительная характеристика показателей качества жизни пациентов с ППОБ в зависимости от способа лечения. Если на момент травмы и через год показатели качества жизни не отличались в обеих группах, то через 3 года у прооперированных пациентов продолжился рост показателей по шкалам физического и ролевого функционирования, а в группе пролеченных консервативно они оставались низкими. Кроме этого, у пациентов, подвергшихся хирургическому лечению, шкала эмоционального функционирования была статистически значимо выше.

Динамика параметров качества жизни пациентов, перенесших ИМ, в сравнении с контрольной группой представлена в табл. 5. Через неделю после ИМ ухудшилось большинство показателей качества жизни — физическое, ролевое и социальное функционирование, боль, общее здоровье. Вместе с тем показатели шкал жизнеспособности, эмоционального и психического функционирования оставались сопоставимыми с показателями контрольной группы. В течение наблюдения значения шкал физического функционирования и общего здоровья становились выше, но статистически значимая разница с показателями контрольной группы сохранилась до конца исследования. Ролевое функционирование восстановилось через год и приблизилось к показателям контрольной группы. Уровень шкалы боли у пациентов с ИМ улучшился в течение первого года, и эта тенденция сохранилась до конца наблюдения. Показатель социального функционирования не изменился в течение первого года, но через 3 года разница между показателями группы с ИМ и контрольной группы исчезла. В отличие от группы с ППОБ показатели шкалы качества жизни при ИМ не имели зависимости от возраста, лишь через год зарегистрирована умеренная отрицательная корреляция шкалы эмоционального функционирования с возрастом ($r = -0,24$, $p = 0,03$).

В табл. 6 представлена сравнительная характеристика показателей качества жизни пациентов, перенесших ППОБ

Таблица 5

Характеристика показателей качества жизни по шкале SF-36 пациентов, перенесших инфаркт миокарда, через неделю, 1 год и 3 года после события в сравнении с показателями контрольной группы

Срок наблюдения после инфаркта миокарда	Физическое функционирование	Ролевое функционирование	Боль	Общее здоровье	Жизнеспособность	Социальное функционирование	Эмоциональное функционирование	Психическое функционирование
Инфаркт миокарда								
1 неделя	17±22†*	9±22†*	35±19†*	45±21†	44±22	70±23†	24±37	53±23
1 год	35±20†	31±38	47±19	43±10†	46±19	71±15†	37±38	50±13
3 года	46±25†**	21±31	48±18**	47±13†	58±18**	81±14**	33±41	60±13
Контрольная группа								
	70±22	28±34	44±13	56±18	50±18	79±24	29±38	52±20

† — $p < 0,05$ при сравнении группы с инфарктом миокарда с контрольной группой;

* — $p < 0,05$ при сравнении данных первой недели и 1 года;

** — $p < 0,05$ при сравнении данных первой недели и 3 лет.

Таблица 6

Сравнение динамики показателей качества жизни пациентов с инфарктом миокарда и переломом проксимального отдела бедра

Срок наблюдения после события	Физическое функционирование		Ролевое функционирование		Боль		Общее здоровье		Жизнеспособность		Социальное функционирование		Эмоциональное функционирование		Психическое функционирование	
	ППОБ	ИМ	ППОБ	ИМ	ППОБ	ИМ	ППОБ	ИМ	ППОБ	ИМ	ППОБ	ИМ	ППОБ	ИМ	ППОБ	ИМ
1 неделя	4,4±12	17±22*	15±23	9±22	23±15	35±19*	49±16	45±21	39±23	44±22	70±26	70±23	20±33	24±37	44±22	53±23
1 год	21±19	35±20*	20±34	31±38	39±23	47±19	45±19	43±10	38±24	46±19	75±27	71±15	33±41	37±38	46±17	50±13
3 года	45±31	46±25	38±41	21±31	47±15	48±18	42±11	47±13	42±16	58±18*	72±24	81±14	30±41	33±41	45±13	60±13*

* — $p < 0,05$ при сравнении группы с ППОБ с группой с ИМ;

ППОБ — перелом проксимального отдела бедра.

ИМ — инфаркт миокарда.

и ИМ, в динамике за 3 года наблюдения. Как следует из таблицы, оба заболевания сразу после события примерно одинаково ухудшали качество жизни пациентов. Однако при этом пациенты, перенесшие ППОБ, были больше ограничены в физической активности и сильнее страдали от боли. Через год ситуация несколько улучшилась, и пациенты обеих групп имели схожие показатели практически по всем шкалам. При этом статистически значимая разница показателей шкалы боли, возникшая сразу после травмы/инфаркта, исчезла. Восстановилась шкала ролевого функционирования. В обеих группах сохранялись низкими значения шкал физического функционирования и общего здоровья, при этом первая из них у пациентов с ППОБ была статистически значимо ниже, чем в группе с ИМ. Через 3 года сохранялись низкими показатели физической активности и общего здоровья обеих групп (без статистически значимой разницы), но из-за существенного роста показателей шкал жизнеспособности и психического функционирования в группе с ИМ при отсутствии динамики в группе с ППОБ появилась статистически значимая разница в показателях этих шкал.

ОБСУЖДЕНИЕ

Нами впервые было проведено изучение качества жизни российских пациентов, перенесших ППОБ, что представляет интерес в связи с иными условиями организации медицинской помощи этим больным в России. Кроме того, насколько нам известно, это — наиболее длительное из исследований, опубликованных по данной теме. В качестве сравнения кроме контроля нами выбран инфаркт миокарда. Оба заболевания предположительно одинаково влияют на качество жизни, особенно в острый период. Однако, если помощь пациентам с ИМ в нашей стране хорошо ориентирована, структурирована и стандартизована, при ППОБ больные зачастую не госпитализируются либо им выполняется объем вмешательств, не соответствующий стандарту [1, 3]. В качестве инструмента определения КЖ был выбран опросник SF-36, разработанный именно с целью сравнения различных патологических состояний.

Летальность в группе с ППОБ в течение первого года составила 10%, что ниже данных другого российского исследования (45%) [3]. Такое расхождение можно объяснить особенностями дизайна нашего исследования: мы включали только тех пациентов, кто находился на лечении в стационаре и был ментально сохранен. В целом, по данным отечественных авторов, только половина больных с ППОБ госпитализируется [3]. Известно, что при этом выбор приходится на пациентов, наиболее «перспективных» в отношении оперативного лечения. С учетом больных, перенесших ППОБ и оставленных на амбулаторном лечении, можно предположить более высокие показатели летальности. Кроме того, следует также учесть, что опрос проводился примерно через неделю госпитализации, в течение которой часть пациентов могла уже погибнуть.

Вместе с тем пациенты с диагнозом инфаркта миокарда госпитализируются в 100% случаев. Летальность в этой группе составила 9% ($p > 0,05$). Таким образом, от последствий ППОБ, пролеченного в стационаре, в течение первого года умерло столько же пациентов, сколько от инфаркта миокарда. Не исключен тот факт, что истинная летальность в обеих группах могла быть выше, поскольку через год отсутствовала информация о 4 пациентах в каждой из групп.

Летальность в течение 3 лет наблюдения при ППОБ была на 25% выше, чем при ИМ, однако статистически незначимо, что, возможно, связано с несколькими факторами: немногочисленностью групп исследованных, выборочным включением пациентов в обе группы, отсутствием информации обо всех пациентах. Следует также учесть, что в исследование не включены пациенты, умершие в течение первой недели после события. В целом после ППОБ умирали пациенты более старшего возраста, а также чаще женщины, хотя по вопросу половых различий в литературе нет согласованности [12, 16, 17].

Нами также отмечено, что летальность была несколько выше у больных, пролеченных консервативно. При этом следует иметь в виду, что оперируют обычно соматически более сохраненных пациентов, что не могло не сказаться на цифрах летальности.

Исследование показало, что ППОБ и ИМ действительно имеют схожее влияние на качество жизни пациентов. На момент события пациенты обеих групп не могут себя обслужить, их повседневная активность резко падает, они страдают от боли, низко оценивают свое здоровье и не видят перспектив лечения. Пациенты с ППОБ при этом также теряют способность самостоятельно передвигаться, а у пациентов с ИМ возникают сложности с общением. Вместе с тем, ППОБ по сравнению с ИМ влечет за собой более выраженную боль и ухудшение физической активности, сохранявшееся в течение года. За год наблюдения качество жизни пациентов с ППОБ и ИМ улучшилось — возросла физическая активность, при этом пациенты после ИМ были более активны и меньше ограничены в выполнении физических нагрузок, способны к самообслуживанию. За 3 года отмечено улучшение физического состояния пациентов обеих групп: появилась способность к более активному самообслуживанию, и здоровье пациентов из обеих групп позволяло им одинаково справляться с физическими нагрузками. Вместе с тем физическая активность пациентов обеих групп была вдвое ниже, чем в контрольной группе. Даже через 3 года после ППОБ и ИМ пациенты низко оценивали свое здоровье и не видели перспектив выздоровления. Вместе с тем, в отличие от зарубежных данных, показавших, что у женщин с ППОБ через 2 года сохранялись сниженными показатели качества жизни по шкалам физического, ролевого и социального функционирования [10], две последние шкалы у российских пациентов не отличались от контроля. Не исключено, что в России пожилые люди изначально имеют более низкий показатель шкалы ролевого и социального функционирования.

В долгосрочной перспективе хирургическое лечение ППОБ приводило к более высокому качеству жизни. Если в течение первого года восстановление после травмы происходило независимо от способа лечения, то через 3 года после травмы пациенты, пролеченные оперативно, были менее ограничены в выполнении физических нагрузок и меньше страдали от боли и эмоциональных расстройств.

Наше исследование имеет свои ограничения. В него включались только госпитализированные пациенты с ППОБ, ментально сохранные. Опрос проводился через неделю после госпитализации. Эти факторы могли вызвать смещение результатов в пользу лучших исходов и более высокого качества жизни, нежели есть на самом деле.

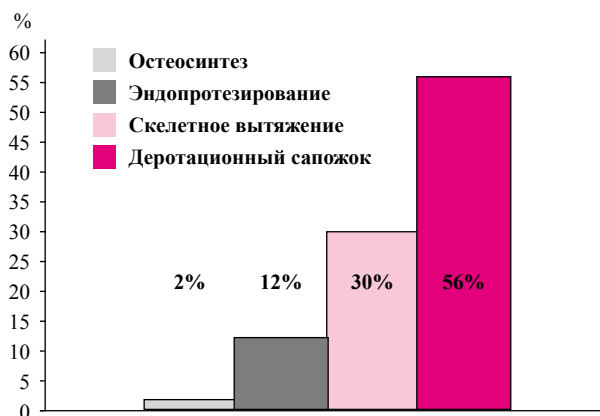
ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, перелом проксимального отдела бедра — тяжелое состояние, характеризующееся высокой летальностью и низким качеством жизни, сопоставимыми с таким грозным заболеванием, как инфаркт миокарда. В то же время в первые дни после травмы пациенты с ППОБ сильнее страдают от боли, в течение первого года у них больше выражено физическое ограничение. Даже через 3 года уровень физической активности не достигал уровня контрольной группы. Кроме того, пациенты после ППОБ имели худшие показатели шкал жизнеспособности и психического функционирования ($p < 0,05$).

В России основным методом лечения пациентов после ППОБ остается консервативный, хотя, по нашим данным, операция способна оказать долговременное положительное влияние на качество жизни пациентов. Внедрение современных стандартов ведения больных с ППОБ (обязательная госпитализация, адекватное обезболивание и раннее оперативное лечение всех пациентов) позволит существенно улучшить качество жизни этих пациентов.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Ближайшие и отдаленные исходы переломов проксимального отдела бедра у лиц пожилого возраста и их медико-социальные последствия (по данным многоцентрового исследования) / Л.В. Меньшикова, Н.А. Храмцова, О.Б. Ершова, О.М. Лесняк, Л.И. Кузьмина и др. // Остеопороз и остеопатии — 2002 — № 1 — С.8—11.
2. Клинические рекомендации для практикующих врачей, основанные на доказательной медицине: пер с англ. / под ред. Ю.Л. Шевченко, И.Н. Денисова, В.И. Кулакова, Р.М. Хаматова. — 2-е изд., испр. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. — 1248 с. — ил.
3. Кузьмина Л.И. Эпидемиология, факторы риска и медико-социальные аспекты последствий остеопороза проксимального отдела бедренной кости у жителей г. Екатеринбурга старших возрастных групп: автореф. дис. ... кандидата медицинских наук: 14.00.39 / Кузьмина Лариса Игоревна. — Ярославль. — 2002. — 25 с.
4. Новик А.А. Концепция исследования качества жизни в медицине. / А.А. Новик, Т.И. Ионова, П. Кайнд — Санкт-Петербург: ЭЛБИ — 1999. — 160 с.
5. Эвиденс — клиничко — фармакологические исследования. Инструкция по обработке данных, полученных с помощью опросника SF-36. — Режим доступа: <http://www.cpr.spb.ru/services/quality-of-life.shtml>
6. 2002 clinical practice guidelines for the diagnosis and management of osteoporosis in Canada / Brown J P, Josse R G et al // CMAJ — 2002. — Nov.12. — P.167
7. Cooper C. Hip fracture in the elderly: world wide projections / Cooper C., Campion C., Melton U. // Osteoporos Int — 1992 — Vol. 2 — P. 285—289.
8. Costs and quality of life associated with osteoporosis-related fractures in Sweden / Borgstrom F., Zethraeus N., Johnell O, et al // Osteoporos Int — 2006 — Vol.17 — P.637—650.



Варианты лечения перелома проксимального отдела бедра в анализируемой группе больных

9. Deterioration in quality of life following hip fracture: a prospective study / Randell A.G. Nguyen T.V. Bhalerao N. Silverman S.L. // Osteoporosis Int — 2000. — Vol. 11. — P. 460—486
10. Health-related quality of life after osteoporosis fractures / Hallberg I., Rosenqvist A.M., Kartous L. Lofman O. // Osteoporosis Int. — 2004. — Vol. 15 — P. 334—341
11. Hip fracture in elderly patients: outcomes for function, quality of life and type of residence / Van Balen R, Steyerberg EW, Polder JJ, Ribbers TLM, Habbema JDF, Cools HJM // Clin Orthoped Rel Res. — 2001. — Vol. 390. — P.232—243
12. Gender differences in mortality after hip fracture: the role of infection / Wehren L.E., Hawkes W.K. Orwig D.L., Hebel J.R. // J Bone Miner Res — 2003. — Vol. 18. — P. 2231—2237.
13. Measuring recovery after a hip fracture using the SF-36 and Cummings scales / Peterson M.G.E. Allegrante J.P., Cornell C.N., MacKenzie C.R. // Osteoporosis Int. — 2002. — Vol.13. — P. 296—302.
14. Lips P., van Schoor N.M. Quality of life in patients with osteoporosis // Osteoporosis Int. — 2005. — Vol.16 — 447—455
15. Quality of life four years after acute myocardial infarction: short form 36 scores compared with a normal population / N Brown, M Melville, D Gray, J Munro, A M Skene, J R Hampton // Heart — 1999 — Vol.81 — P.352—358.
16. Survival after hip fracture: short- and long-term excess mortality according to age and gender / Forsen L, Sogaard AJ, Meyer HE, Edna T, Kopjar B. // Osteoporos Int — 1999. — Vol 10 (1) — P.73—78.
17. Survival and potential years of life lost after hip fracture in men and age-matched women / Trombetti A, Herrmann F, Hoffmeyer P, Schurch MA, Bonjour JP, Rizzoli R. // Osteoporos Int — 2002. — Vol 13 (9) — P.731—737.

SUMMARY

The aim of this study was to investigate the quality of life issues among hip fracture patients. This was a comparative prospective study with the 3 years duration of follow-up. Three groups of hospitalized patients aged 50 and older were included. First group consisted of 50 hip fracture patients, second group — 45 patients with myocardial infarction, and the third group included 64 control subjects. There was no age and sex difference between groups. The Short-Form (SF-36) questionnaire was used to assess quality of life.

The mortality rates as well as quality of life parameters were similar in hip fracture and myocardial infarction patients. But hip fracture patients had significantly lower values of Physical functioning and Bodily pain scores ($p < 0,05$). In three years values of Physical functioning score and General health perception were low in both groups, but patients with hip fracture had worse meanings of Energy and Mental health scores ($p < 0,05$). At the end of the follow-up the issues of quality of life were better in operated patients as compared to non-operated.