

ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ПЕРЕНЕСЕННЫХ ПЕРЕЛОМОВ ЛУЧЕВОЙ КОСТИ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ЖИТЕЛЬНИЦ ЕКАТЕРИНБУРГА, СТРАДАЮЩИХ ПОСТМЕНОПАУЗАЛЬНЫМ ОСТЕОПОРОЗОМ

А.А. ПОПОВ, Н.В. ИЗМОЖЕРОВА, Е.И. ГАВРИЛОВА, М.И. ФОМИНЫХ

Кафедра внутренних болезней № 2 (заведующий — проф. А.Н. Андреев)

ГОУ ВПО Уральская государственная медицинская академия Росздрава (ректор — проф. С.М. Кутенов), Екатеринбург

Цель. Оценка качества жизни (КЖ) женщин в постменопаузе, перенесших перелом дистального отдела предплечья (ПДОП), их ровесниц с сохраненной минеральной плотностью кости (МПК) поясничного отдела позвоночника и больных неосложненным остеопорозом (ОП).

Материалы и методы. В исследование «случай—контроль» включены: 30 женщин с нормальной МПК, не имевших переломов; 30 пациенток с неосложненным ОП; 30 человек перенесших ПДОП. КЖ оценивали с помощью вопросника SF-36.

Результаты. Перенесшие ПДОП имели ограничения по шкале физического функционирования по сравнению с другими группами ($p < 0,0001$). ПДОП и неосложненный ОП обуславливали более низкие уровни КЖ по шкалам ролевого физического функционирования ($p < 0,0001$), социального функционирования ($p < 0,0001$), ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,0001$) по сравнению с показателями группы с нормальной МПК, но не отличались от ее уровней по шкалам боли ($p = 0,079$) и общей оценки здоровья ($p = 0,11$). Показатели шкал жизнеспособности и психического здоровья женщин с неосложненным ОП оказались выше, чем в группах ПДОП ($p = 0,033$) и нормальной МПК ($p < 0,0001$).

Таким образом, ПДОП обуславливает существенное снижение КЖ в постменопаузе.

Ключевые слова: постменопаузальный остеопороз, перелом дистального отдела предплечья, качество жизни.

Качество жизни (КЖ), связанное со здоровьем, — интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования больного, основанная на его субъективном восприятии. КЖ рассматривается как один из наиболее важных параметров оценки последствий и эффективности лечения большинства заболеваний [1, 6].

Постменопаузальный остеопороз (ПМО) — распространенное неинфекционное заболевание женщин старшего возраста, приводящее к тяжелым социальным и экономическим последствиям, главным образом, вследствие переломов периферических костей и позвоночника при минимальной травме [4, 7]. Тяжелые последствия переломов проксимального отдела бедра и позвонков достаточно широко обсуждаются в литературе [4, 7, 15, 16]. В то же время влияние отдаленных последствий перелома дистального отдела предплечья на качество жизни пациентов изучено недостаточно.

ЦЕЛЬ

Целью настоящей работы явилась сравнительная оценка КЖ женщин с ПМО, перенесших в возрасте старше 50 лет перелом дистального отдела предплечья, их ровесниц с сохраненной минеральной плотностью кости (МПК) поясничного отдела и больных неосложненным ОП.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В исследование «случай—контроль» на условиях добровольного согласия включены 90 женщин в возрасте от 52 до 65 лет (медиана 54 года). Первую группу составили 30 женщин с нормальными значениями МПК поясничного отдела позвоночника, не имевших переломов в анамнезе. Во вторую группу вошли 30 пациенток с неосложненным ОП поясничного отдела позвоночника. Третья группа состояла из 30 человек, перенесших в возрасте старше 50 лет, но не менее чем за 1 год до включения в исследование переломы дистального отдела лучевой кости при минимальном уровне

травмы. Критериями включения служили: менопауза, отсутствие в анамнезе онкологических заболеваний, нарушений функции щитовидной железы и других причин вторичного ОП [8]. В исследование не включали женщин со значениями МПК, соответствующими остеопении.

МПК поясничного отдела позвоночника оценивали с помощью двухэнергетической рентгеновской денситометрии на аппарате «Lunar DPX». Оценка значений МПК проводилась согласно рекомендациям ВОЗ [8]. ОП диагностировали при снижении МПК более чем на — 2,5 стандартного отклонения от пиковой МПК женщин молодого возраста. КЖ оценивали с помощью русскоязычной версии вопросника SF-36 [5].

Интенсивность боли в спине оценивали с помощью визуальной аналоговой шкалы боли (ВАШ). Тяжесть менопаузального синдрома оценивали в баллах модифицированного менопаузального индекса (ММИ), позволяющего оценить нейровегетативные, обменно-эндокринные и психоэмоциональные симптомы, ассоциированные с дефицитом эстрогенов [9].

Наличие депрессии верифицировали согласно диагностическим критериям Международной Классификации Болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) [4]. Выявлялись три главных признака депрессии: подавленность настроения, по степени выраженности не соответствующая обычному, длящаяся не менее 2 недель; ангедония — утрата интереса или потеря способности получать удовольствие от ранее приятной деятельности; общее «снижение энергии» или выраженная утомляемость. К дополнительным признакам были отнесены: потеря уверенности и снижение самооценки; самообвинение без повода или чувство непомерной вины; повторные мысли о смерти, самоубийстве, любое суицидальное поведение; когнитивные нарушения (жалобы на затруднение осмысления, нарушение концентрации внимания, нерешительность, сомнения при принятии решений); пессимистическое видение будущего; нарушения сна; изменение аппетита [3, 10].

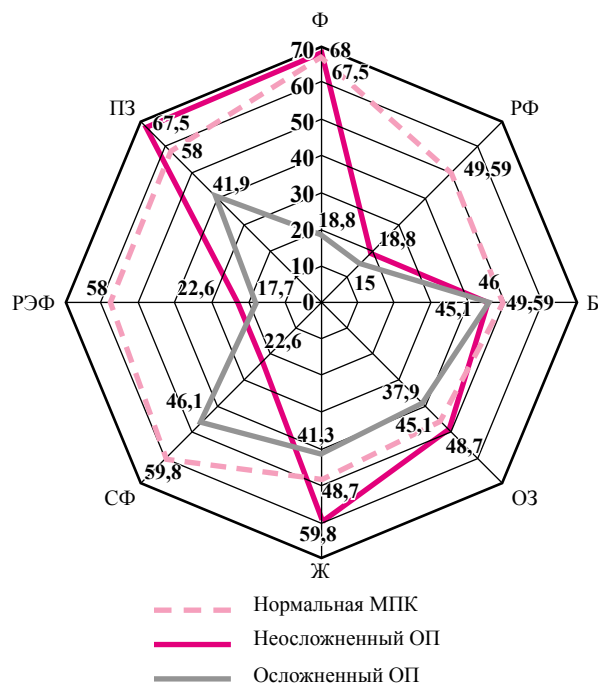
Общая характеристика обследованных групп (М, (σ))

Характеристика	Группа 1	Группа 2	Группа 3	P
	Нормальная МПК	Неосложненный ОП	Осложненный ОП	
Возраст, годы	53,9 (2,7)	55,3 (3,3)	53,8 (3,7)	0,143
Длительность постменопаузы, годы	3,4 (3,2)	6,7 (5,1)	6,6 (6,0)	<0,001
Индекс массы тела, кг/м ²	29,2 (5,7)	26,0 (5,3)	25,2 (3,5)	0,005
Нейровегетативные симптомы, баллы	15,0 (6,9)	15,3 (6,9)	15,4 (6,2)	0,905
Обменно-эндокринные симптомы, баллы	5,2 (3,2)	5,0 (2,8)	4,9 (1,7)	0,971
Психоэмоциональные симптомы, баллы	9,8 (5,3)	10,3 (4,9)	9,2 (15,4)	0,905
ММИ, баллы	30,1 (13,1)	30,5 (11,5)	29,5 (11,4)	0,910
Депрессия, баллы	14,4 (8,6)	15,9 (9,1)	15,3 (3,7)	0,741
Боль в спине, мм ВАШ	52 (25)	50 (28)	52 (27)	0,945
Боль в суставах, мм ВАШ	46 (26)	42 (29)	41 (25)	0,946

Тяжесть депрессии оценивали с помощью вопросника Бека [14].

Статистическую обработку проводили с помощью пакета «Statistica for Windows 5.0» (Statsoft Inc.). Описательная статистика включала расчеты средних, стандартных отклонений, медиан, 25-го и 75-го перцентилей. После оценки характера распределения данных (тесты Левене, Колмогорова — Смирнова, χ^2), использовали Т-критерий Стьюдента с поправкой Бонферрони для независимых выборок для оценки различий количественных признаков с нормальным распределением.

Проведение исследования одобрено этическим комитетом центральной городской больницы № 6 г. Екатеринбурга.



Качество жизни женщин с осложненным и неосложненным ОП

Субшкалы опросника СФ-36:

Ф — физическое функционирование

РФ — ролевое физическое функционирование

Б — боль

ОЗ — общее здоровье

Ж — жизнеспособность

СФ — социальное функционирование

РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование

ПЗ — психическое здоровье

РЕЗУЛЬТАТЫ

Обследованные группы не имели различий по возрасту, выраженности проявлений климактерического синдрома и депрессии, интенсивности болей в спине и суставах (см. таблицу). Однако женщины, страдавшие как осложненным, так и неосложненным ОП, имели вдвое большую длительность постменопаузы, то есть репродуктивный период у них закончился в среднем на 3 года раньше, чем в группе с сохраненной МПК. Женщины, сохранившие нормальную МПК, также имели значимо более высокий индекс массы тела, по сравнению с имевшими ПМО и переломы предплечья. В большинстве случаев женщины с нормальной МПК имели избыточную массу тела.

Пациентки, перенесшие перелом дистального отдела предплечья, имели выраженные ограничения по шкале физического функционирования по сравнению с женщинами с неосложненным ОП и нормальной МПК ($p < 0,0001$), в то же время больные как осложненным, так и неосложненным ОП имели значимо более низкие показатели по шкалам ролевого физического функционирования ($p < 0,0001$), социального функционирования ($p < 0,0001$), ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,0001$) по сравнению с группой с сохраненной МПК. Наличие в анамнезе перелома предплечья, так же как и низкая МПК, не сопровождалось существенными ограничениями по шкалам боли ($p = 0,079$) и общей оценки здоровья ($p = 0,11$). При этом жизнеспособность женщин с неосложненным ОП оказалась значимо выше, чем у перенесших перелом и у женщин с нормальной МПК ($P = 0,033$). Аналогичные различия отмечены и по шкале психического здоровья ($p < 0,0001$) (см. рис).

ОБСУЖДЕНИЕ

Переломы при минимальном уровне травмы являются основным клиническим проявлением ОП [7]. Влияние перенесенных ранее и свежих переломов позвонков на качество жизни изучено достаточно подробно [8, 16]. Показано, что КЖ прогрессивно ухудшается по всем изучаемым аспектам жизни по мере развития новых переломов позвонков даже в тех случаях, когда переломы протекают без клинических проявлений [16].

Между тем клиническая, социальная и прогностическая значимость переломов Коллиса — наиболее частого проявления постменопаузального ОП — явно недооценивается [8, 13]. В скрининговом исследовании популяции городских жителей Швеции возрастной категории, соответствующей участницам нашего исследования, перенесших переломы

дистального отдела предплечья, показано 4-кратное увеличение риска повторных переломов у этой категории пациентов [13].

Подробное психологическое обследование больных ОП, госпитализированных по поводу переломов, выявило высокий уровень тревожности, дезадаптации, фрустрации и депрессии, отражавших тяжелые посттравматические нарушения психического состояния и снижение качества жизни [11]. Однако подобных характеристик больных, переломы которых не требуют госпитализации, а также тех, кто перенес переломы более года назад, найти не удалось.

Снижение КЖ перенесших переломы могло бы, в определенной степени, быть объяснено развитием коморбидной депрессии, частота которой достаточно велика у женщин с патологией опорно-двигательного аппарата в постменопаузе [2, 3, 9, 10, 12]. В то же время в обследованных нами группах различий по выраженности депрессивных явлений выявлено не было. В исследовании жительниц Южной Австралии не выявлено различий по МПК поясничного отдела позвоночника между участницами с клинически выраженной депрессией и пациентками, не имевшими эмоциональных нарушений. Интересно, что участницы этого исследования, имевшие депрессию, отличались значимо более высокой массой тела (в среднем на 8 кг), а показатели тотальной МПК проксимального отдела бедра у них были значимо ниже, чем у лиц без депрессии [15]. С коморбидными заболеваниями, ассоциирующимися с избыточной массой тела, могут быть связаны и более низкие показатели лиц с нормальной МПК по шкалам жизнеспособности и психического здоровья, полученные в нашем исследовании.

В целом неосложненный ПМО ассоциировался со снижением ролевого физического, социального и эмоционального функционирования женщин в ранней постменопаузе. Перенесенный перелом дистального отдела предплечья сопровождался дополнительно значительным ограничением жизненного пространства по шкалам физического функционирования и психического здоровья.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Перелом дистального отдела предплечья при минимальной травме не только является первым клиническим проявлением ПМО и неблагоприятным прогностическим маркером, но и обуславливает существенное снижение качества жизни женщин в постменопаузе.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Амирджанова В.Н., Койлубаева Г.М. Методология оценки качества жизни в практике ревматолога. Научно-практическая ревматология, 2003. № 2. — С. 23—27.
2. Барышева Ю.В., Ершова О.Б., Белосельский Н.Н. Качество жизни у женщин с ревматоидным артритом и остеопорозом. Остеопороз и остеопатии 2002 — № 3. С. 6—12.
3. Депрессивные расстройства при соматических заболеваниях/ Пер. с англ. Под общ. ред. Н.А. Корнетова. Киев: Сфера, 2002. — 69 с.
4. МКБ-10 Международная классификация болезней (10-й пересмотр). Классификация психических и поведенческих расстройств. ВОЗ/Пер. с англ. Под ред. Ю.Л. Нуллера, С.Ю. Циркина СПб.: «АДИС» 1994.

5. Новик А.А., Ионова Т.И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. — СПб.: Издательский Дом «Нева»; М.: «ОЛМА-ПРЕСС Звездный мир», 2002. — 320 с.

6. Новик А.А., Ионова Т.И., Цепкова А.А. Исследование качества жизни в ревматологии: концептуальные и методологические аспекты. Вестник межнационального центра исследования качества жизни, 2004. № 3/4 — С. 77—83.

7. Риггз Б.Л., Мелтон III Л. Дж. Остеопороз. Пер. с англ. М. — СПб.: ЗАО «издательство БИНОМ», «Невский диалект», 2000 — С. 229—248.

8. Руководство по остеопорозу. Под ред. Л.И. Беневоленской. — М.: Бином. Лаборатория знаний. 2003 — 524 с.

9. Сметник В.П., Кулаков В.И. Руководство по климактерию. — М.: Медицинское информационное агентство, 2001. — 685 с.

10. Смулевич А.Б. Депрессии в общемедицинской практике. — М.: Берег, 2000. — 160 с.

11. Хвостова С.А. Психология личности больных с переломами костей на фоне остеопороза. Остеопороз и остеопатии, 2005; 3: 30—33.

12. Якушин С.С., Якушина Е.Ф. Депрессивные расстройства в практике ревматолога. Научно-практическая ревматология, 2004 — № 1. — С. 55—59.

13. Astrand J., Thorngren K.G., Tagil M. One fracture is enough! Experience with a prospective and consecutive osteoporosis screening program with 239 fracture patients. Acta Orthop. 2006. — Vol.77 — No. 1 — P. 3—8.

14. Beck A.T., Beamesderfer A. Assessment of depression: the depression inventory. Mod. Probl. Pharmacopsychiatry, 1974 — Vol.7 — P. 151—169

15. Jacka F.N., Pasco J.A., Henry M.J., et al. Depression and bone mineral density in a community sample of perimenopausal women: Geelong Osteoporosis Study. Menopause, 2005 — Vol.12 — No.1 — P — 88—91.

16. Oleksik A.M. Vertebral fractures in postmenopausal women with osteoporosis. Academisch Proeschrift. Amsterdam, 2001 — 176 p.

SUMMARY

Aim: to assess quality of life (QOL) of postmenopausal women with osteoporosis (OP) complicated by distant forearm fracture (DFF) in comparison with QOL of women with normal bone mineral density (BMD) and non-complicated OP.

Methods: this case control study included 30 women with normal BMD, 30 persons with non-complicated OP and 30 patients with OP, complicated by DFF. SF-36 questionnaire was used to assess QOL.

Results: DFF was associated with restrictions in physical functioning in comparison to other groups ($P < 0,0001$). Both BAA and non complicated OP groups showed lower levels of role physical functioning ($P < 0,0001$), social functioning ($P < 0,0001$), role emotional limitations ($P < 0,0001$) in comparison with normal BMD group, but there were no differences in bodily pain ($P = 0,079$) and general health perception ($P = 0,11$). Non-complicated OP group had higher levels of energy/vitality and mental health scales than those in DFF ($P = 0,033$) and normal BMD ($P < 0,0001$) groups.

Thus, DFF causes significant restrictions of QOL in postmenopausal women.

Key words: postmenopausal osteoporosis, distant forearm fracture, quality of life.