

## **Качество жизни больных с последствиями лечения перелома шейки бедренной кости**

**Кузьмин А.М. Кирпичев И.В.**

*ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, (153012, г. Иваново, ул. Ф. Энгельса, 8). e-mail: [drlvov@mail.ru](mailto:drlvov@mail.ru)*

Проведен анализ качества жизни больных с последствиями переломов шейки бедренной кости. Используются разработанная авторами «Анкета социально-гигиенического исследования лиц с переломами шейки бедренной кости» и «Функциональная шкала для нижней конечности» М. Binkley. С помощью очного анкетирования выявлено, что у больных после тотального эндопротезирования отмечено наименьшее снижение показателей качества жизни (самочувствие, двигательная активность, потребность в посторонней помощи, материальное состояние и т.д.) и наибольшее количество хороших оценок качества лечения. Факт сращения перелома шейки бедра не является решающим в изменении общего состояния пострадавшего. После первичного гемипротезирования тазобедренного сустава в 2 раза меньше больных с жалобами на плохое общее состояние по сравнению с перенесшими остеосинтез. Наихудшие результаты качества жизни отмечены у больных с ложными суставами шейки бедренной кости.

Ключевые слова: шейка бедренной кости, переломы, качество жизни.

## **Life quality of the patients with consequences of treatment of the femoral neck fracture**

**Kuzmin A.M., Kirpichev I.V.**

*Ivanovo state medical academy, Ivanovo  
(8 Engels avenue Ivanovo 153012 Russia) e-mail: [drlvov@mail.ru](mailto:drlvov@mail.ru)*

The analysis of the life quality of the patients with the after-effects of the femoral neck fracture has been made. As criteria the «Questionnaire of the social-hygienic research of the patients with the femoral neck fractures» and «The functional scale for the lower extremity» by M.Binkley were taken. In accordance with the results of the questionnaire we discovered that in the group of patients after total replacement of the coxal joint the smaller number of cases with the reduction of the life quality indexes (state of health, movement activity, the necessity of the other people help and etc) was revealed and the greatest quantity of the positive estimated treatment. The fact of consolidation of the femoral neck is not the crucial factor in the change of patient status. After the primary hemiendoprothesing of the coxal joint the number of complaints on a bad status was two times less in comparison with the patients after osteosynthesis. The worst results of the life quality were revealed in the group of patients with the pseudoarthrosis of the coxal joint.

Key words: femoral neck, fractures, life quality.

**Введение.** Очное анкетирование больных существенно расширяет наши представления о состоянии пациентов, об имеющейся сопутствующей патологии, позволяет больному высказать свое мнение о качестве лечения и оценить степень функционального состояния после лечения [2,5]. В исследованиях многих авторов [1,3,4,6] применяются различные методики оценки качества жизни (КЖ) пострадавших после лечения. По мнению этих авторов, функциональные результаты у больных, перенесших эндопротезирование, значительно лучше, чем после остеосинтеза.

Из-за болевого синдрома снижение опороспособности поврежденной конечности, уменьшение двигательной активности, способности к самообслуживанию и занятию полноценной трудовой деятельностью психологически истощают больных и существенно нарушают качества жизни.

**Целью работы** явилось сравнительная оценка КЖ пациентов до травмы и после применения различных методов лечения переломов шейки бедренной кости (ШБК).

**Материалы и методы исследования.** Для детального изучения истории заболевания, социальной и трудовой адаптации и оценки функционального состояния здоровья больных были использованы две анкеты. Применялись «Анкета социально-гигиенического исследования лиц с переломами шейки бедренной кости» и функциональная шкала для нижней конечности по М. Binkley [9]. Разработанная на кафедре травматологии, ортопедии и военно-полевой хирургии ГБОУ ВПО ИвГ-МА Минздравсоцразвития России анкета позволила объективно изучить и проанализировать основные социально-гигиенические факторы жизни больных и сравнить, как изменилась психологическая жизнь пострадавших после лечения, удалось ли избежать инвалидности, вернулся ли человек к повседневной жизни или нет. Пациент высказывал свое мнение о качестве проведенного лечения и о дальнейших мероприятиях по улучшению своего здоровья.

Анализ жизнедеятельности пациентов по функциональной шкале М. Binkley дает возможность больным объективно оценить свое физическое состояние после травмы, а врачам определить (в баллах) результат лечения, степень адаптации пациентов к новым условиям жизни, их способность самостоятельно себя обслуживать.

Первые десять вопросов позволяют сделать вывод относительно жизнедеятельности в домашних условиях, рассмотреть имеющиеся трудности при выполнении той или иной работы. Вторая часть шкалы дает оценку активности больных на улице и возможность проанализировать выраженность степени затруднений.

В анкетировании приняли участие 134 респондента с последствиями переломов ШБК. Люди самостоятельно отвечали на поставленные вопросы. Мужчин было – 63, женщин – 71 человек, возраст составил  $60,5 \pm 2,0$  лет. Срок наблюдения колебался от 10 до 23 месяцев и составил  $18,8 \pm 0,5$  мес.

Больные были разделены на 4 группы:

I группа – пациенты с консолидированными переломами шейки бедра (56 человек), срок наблюдения после травмы составил  $16,4 \pm 0,4$  месяца.

II группа – больные с ложными суставами шейки бедра (48 человек), срок наблюдения с момента травмы составил  $19,9 \pm 0,5$  месяца.

III группа – больные после однополюсного эндопротезирования тазобедренного сустава (12 человек), срок наблюдения этих пациентов составил  $18,4 \pm 1,7$  мес. с момента оперативного лечения.

В IV группу вошли больные, которым было выполнено тотальное эндопротезирование (18 человек), срок наблюдения после операции составил  $11,2 \pm 1,7$  мес.

**Результаты исследования и обсуждения.** Предрасполагающим фактором развития перелома шейки бедренной кости явился остеопороз, так в 79,1 % случаев причиной повреждения явилась не адекватная по силе травма (падение с высоты собственного роста). В анамнезе у 85 пациентов (63,4 %) имелись переломы различной локализации.

Состояние здоровья как хорошее или удовлетворительное, а также возможность самообслуживания до травмы оценили все обследуемые, лишь у 2 больных двигательная активность ограничивалась пределами квартиры.

Трудовую деятельность вели 57,5 % пациентов, а 33,5 % – являлись пенсионерами, 12 пациентов на момент травмы временно не работали.

Большинство больных проживали в собственных домах и квартирах с удовлетворительными жилищно-коммунальными условиями. Основной доход в семье складывался из заработной платы или пенсии. Свои материальные условия признали удовлетворительными 76,1 % пациентов. Неудовлетворенность своим материальным положением признали 23,9 % человек, у них основной вид дохода заключался в помощи родственников или социального пособия.

Оперативное лечение было проведено 112 больным (83,6 %), консервативное лечение с помощью деротационного «сапожка» применялось в 11,2 % случаев (15 человек), 7 человек за медицинской помощью не обращались (5,2 %).

В зависимости от вида проведенного лечения нами обнаружены определенные изменения в физическом и психоэмоциональном состоянии, в социальном положении больных (табл. 1).

Основные критерии качества жизни больных после травмы (%).

	I группа (56 чел.)	II группа (48 чел.)	III группа (12 чел.)	IV группа (18 чел.)
Плохое общее состояние	48,9	75	25	5,6
Снижение двигательной активности	39,3	64,5	25	5,6
Потребность в посторонней помощи	62,5	75	25	5,6
Инвалидность 2 группы	40,2	89,5	33,3	5,6
Ухудшение материального состояния	60,7	85,4	33,3	22,4
Злоупотребление алкоголем	6,6	20,8	0	5,6
Табакокурение	4,1	10,4	8,3	5,6

В **I группе** опрошенных (с консолидированными переломами ШБК) выявлено, что удовлетворительно себя ощущали 51,1 % опрошенных, снижение двигательной активности встретилось у – 39,3 %, отсутствие необходимости посторонней помощи у 62,5 % людей. Об осложнениях во взаимоотношении в семье («чувствую, что надоедаю родным и осложняю им жизнь») сообщили 12,5 % респондентов. К прежней специальности возвратились 42,8 % человек. Снижение материального благосостояния и ухудшение пищевого рациона (преобладание мучного) отметили 60,7 %. Изменилось и отношение (увеличение частоты и количества) к алкоголю и табакокурению у 10,7 % респондентов, при этом и женщины отметили этот факт.

По мнению больных, для улучшения дальнейшей жизни необходимо: улучшение медицинской помощи 20 больным (35,7 %), улучшение питания и материального достатка – 34 больным (60,7 %), иные мнения – у 2 больных (3,6 %). Под улучшением медицинской помощи понималось: дополнительное восстановительное лечение (4 человека) и эндопротезирование (14 человек), которые позволят вернуть больного к прежнему образу жизни и улучшить материальное состояние.

Во **II группе** (48 больных с ложными суставами шейки бедренной кости) отмечено, что имеющееся повреждение значительно ухудшило состояние больных. Удовлетворительную оценку своего здоровья обозначили лишь 25 % опрошенных.

Рост числа ссор в семье вследствие травмы, а также снижение двигательной активности и необходимость в посторонней помощи отметили 87,5 % человек.

Из 48 человек – пятерым установлена I группа инвалидности, остальным – определена 2 группа инвалидности, что значительно повлияло на дальнейшую трудовую деятельность, а это, в свою очередь, на уменьшение дохода семьи пострадавшего (89,5 % человек).

Снижение качества пищевого рациона и усиление пристрастия к вредным привычкам отметили 54,1% опрошенных.

Дальнейшее лечение (эндопротезирование), по мнению больных, необходимо 36 больным (75 %), улучшение жилищных условий (для удобства существования, смена этажа в доме) – 5 больным (10,4 %), улучшение материального достатка и качества питания – 7 больным (14,6 %).

В III и IV группах (12 и 18 пациентов соответственно) оценку состояния (как удовлетворительное) обозначили 75 и 94,4 % респондентов, при этом о незначительном снижении физической активности и потребности в помощи родных сообщили 25 и 5,6 %.

Из 30 человек, которым было выполнено эндопротезирование, II группа инвалидности была установлена у 5 больных (у 4 человек после первичного гемизендопротезирования тазобедренного сустава из-за имеющейся у них сопутствующей патологии и 1 пациенту после тотального эндопротезирования из-за недостаточных реабилитационных мероприятий, проводимых пациенту в ЛПУ отдаленного региона Ивановской области).

У 17 больных (из 18 пациентов IV группы) удалось в короткие сроки восстановить нарушенную функцию тазобедренного сустава, что позволило избежать им направления на МСЭК.

Подводя итог, выявлено: 75 % пациентов с ложными суставами шейки бедра (II группа) свое общее состояние оценивали как плохое, при этом, практически половина больных I группы, несмотря на имеющееся у них сращение переломов, также считали свое состояние плохим. Следовательно, сращение перелома шейки бедра не является решающим фактором в определении состояния пострадавшего. Об этом свидетельствует и почти в 3 раза меньшее количество больных с жалобами на плохое общее состояние в III группе (после первичного гемизендопротезирова-

ния тазобедренного сустава). Наилучшее самочувствие было выявлено у больных после тотального эндопротезирования (IV группа пациентов).

Анализ потребности в посторонней помощи у больных после различных методов и исходов лечения выявил неожиданный факт. У пациентов с консолидированными переломами шейки бедренной кости, несмотря на их, достоверно молодой возраст по сравнению с пациентами II группы (ложные суставы), оказалась практически одинаковая потребность в посторонней помощи (62,5 и 75 %). После первичного гемипротезирования тазобедренного сустава только каждый четвертый пациент (25 %) нуждается в посторонней помощи. Наилучшие результаты выявлены после тотального эндопротезирования тазобедренного сустава – только 5,6 % лиц этой группы указали на необходимость посторонней помощи.

Одним из критериев эффективности проведенного лечения считается оценка самим больным оказанного ему лечения (рис. 1).

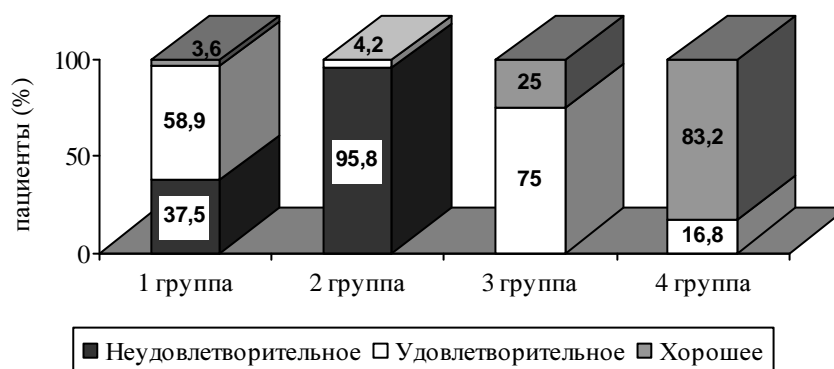


Рис. 1 Качественная оценка больными проведенного им лечения.

Оценка качества лечения, несомненно, зависит от психологического состояния человека, рассчитывающего на улучшение своего здоровья вследствие той или иной перенесенной им операции. Как видно на рис. 5, количество хороших и удовлетворительных оценок после эндопротезирования значительно больше, чем при консолидированных переломах после остеосинтеза. При этом большинство больных отмечали, что после тотального эндопротезирования они не нуждаются в посторонней помощи (94,6 %), у них отсутствует снижение двигательной активности (94,6 %), и состояние их нельзя считать плохим (94,6 %).

Для анализа КЖ применялась функциональная шкала для нижней конечности (M. Binkley at al., 1999). Анкетирование показало, что больные с консолидированными переломами не могли справиться с тяжелой работой по дому (ремонт

квартиры или дома), у них имелись значительные затруднения при сидении на корточках и мытье в ванной, умеренные и небольшие трудности возникали в домашней работе, при поднятии предметов с пола и надевании обуви. Не возникало трудностей при передвижении по дому и при движении в пределах кровати ( $17,7 \pm 1,1$  баллов). Также эта группа больных отметила невозможность полноценного прыжка (из положения сидя на корточках), бега по неровной поверхности и резких поворотов в стороны. Значительные трудности вызывал бег по ровной поверхности, прогулка свыше 2 км, посадка и высадка из автомобиля, умеренные и небольшие трудности пациенты испытывали при спуске или подъеме по лестнице, прогулке до 2 км и стоянии в течение часа. Не было затруднений лишь во время сидения свыше одного часа ( $14,4 \pm 0,7$  баллов). Общая сумма баллов составила –  $32,1 \pm 1,8$ .

Из-за сильных болей в поврежденном суставе у пациентов II группы выявлены невыполнимость или значительные трудности в домашней работе по дому, пользовании ванной, сидении на корточках, надевании обуви, передвижении по квартире. Умеренные и небольшие трудности возникали при поднятии предметов с пола и поворотах в постели ( $8,7 \pm 1,2$  баллов). Физическое состояние на улице позволяло только сидение в течение часа ( $5,1 \pm 0,4$  баллов). Суммарно –  $13,8 \pm 1,6$  баллов.

Люди, перенесшие монопротезирование тазобедренного сустава (III группа), могли без затруднений свободно передвигаться по дому, поворачиваться в постели, поднимать предметы с пола; умеренные и небольшие трудности возникали при мытье, одевании, работе по дому; затруднительно давалось сидение на корточках и тяжелая работа ( $26,5 \pm 1,6$  баллов). Значительные ограничения в двигательной активности на улице обнаружены при беге по неровной поверхности и полноценном прыжке, и то из-за страха повторно получить травму ( $18,3 \pm 0,9$  баллов). Общая сумма равна  $44,8 \pm 2,5$  баллов.

Тотальное эндопротезирование разрешает пострадавшему (IV группа) по сравнению с остальными больными вести более активный образ жизни. Ограничения присутствуют только при тяжелой работе (ремонт квартиры, работа в огороде и в поле). Данный вид лечения позволяет людям себя самостоятельно обслуживать и прибегать к посторонней помощи лишь в исключительных ситуациях (лазание на чердак, в погреб). Сумма –  $34,1 \pm 1,2$  балла. Страх повторно быть «прикованным к

кровати и стать обузой для родственников» приводит к сдержанности при выполнении прыжков и беге с резкими поворотами. Головокружение и страх упасть на скользкой дороге заставляют данную категорию больных обращаться за помощью к близким людям ( $31,5 \pm 2,7$  баллов). Общая сумма составила –  $65,6 \pm 3,9$  баллов.

Эндопротезирование (особенно тотальное эндопротезирование) объективно позволяет быстрее восстановить нарушенные функции сустава, повышает уровень самообслуживания и инициативности в обществе, такие пациенты успешнее и быстрее проходят период реабилитации, скорее восстанавливают привычный уклад жизни, что, в свою очередь, благотворного воздействует на психоэмоциональное состояние.

Таким образом, факт сращения перелома шейки бедра не является решающим в изменении общего состояния пострадавшего. При этом наилучшее самочувствие после проведенного лечения выявлено у больных после тотального эндопротезирования (94,4 %).

#### **Список литературы.**

1. Ахтямов, И.Ф. К вопросу о преемственности в хирургическом лечении диспластического коксартроза // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – № 2. – С. 70 – 75.
2. Белова, А.Н. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации М.: Антидор, – 2002. – С.358 – 421.
3. Гильфанов, С.И. Лечение переломов проксимального отдела бедра: Автореф. дис. ...докт. мед. наук. – Москва, 2010. – 32 с.
4. Гурьев, В.В. Тотальное эндопротезирование тазобедренного сустава у лиц пожилого возраста: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Москва, 2006. – 21 с.
5. Казенников, О.В. Уровни управления полезными реакциями человека // Биомеханика – 2006. VIII Всероссийская конференция по биомеханике: Тезисы докладов. – Нижний Новгород: ИПФ РАН. – 2006. – С. 85 – 87.
6. Ломтатидзе, Е.Ш. Комплексная оценка результатов хирургического лечения внутрисуставных переломов шейки бедренной кости // Вестник травматологии и ортопедии им. Н.Н. Приорова. – 2005. – № 3. – С. 11 – 15.
7. Binkley, M. The Lower Extremity Functional Scale (LEFS): scale development, measurement properties? And clinical application // Physical Therapy. – 1999. – Vol. 79, №4. – P. 371 – 383.

#### **Рецензенты**

Королев С.Б., д.м.н., заведующий кафедрой травматологии, ортопедии и ВПХ имени профессора М.В.Колокольцева ГБОУ ВПО «Нижегородская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Нижний Новгород.

Кулигин О.В., д.м.н., профессор кафедры общественного здоровья и здравоохранения, медицинской информатики и истории медицины ГБОУ ВПО «Ивановская государственная медицинская академия» Минздравсоцразвития России, г. Иваново.