

ОСОБЛИВОСТІ ЗМІН ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПРИ ЗАСТОСУВАННІ РІЗНИХ МЕТОДІВ ЛІКУВАННЯ ХВОРИХ ІЗ ПОЧАТКОВИМИ СТАДІЯМИ КОКСАРТРОЗУ ПРИ КОРОТКО- ТА СЕРЕДНЬОСТРОКОВОМУ СПОСТЕРЕЖЕННІ

Луцишин В.Г.¹, Калашніков А.В.², Майко О.В.³, Майко В.М.¹

¹Вінницька обласна клінічна лікарня ім. М.І. Пирогова

²ДУ "Інститут травматології та ортопедії НАМН України", м. Київ

³Вінницький національний медичний університет ім. М.І. Пирогова

Резюме. Виконання за показаннями артроскопії кульшового суглоба у хворих із початковими стадіями коксартрозу є ефективною методикою, що покращує функцію кульшового суглоба та якість життя при коротко- та середньостроковому спостереженні. **Мета.** Вивчити та проаналізувати динаміку показників якості життя у хворих із початковими стадіями коксартрозу в інтервалі спостереження 1-5 років при різних схемах лікування, які включають як медикаментозну терапію, так і оперативне (артроскопічне) втручання. **Матеріали і методи.** В основу роботи покладено аналіз динаміки показників якості життя у процесі різних методів лікування 225 хворих із початковими стадіями коксартрозу при коротко- і середньостроковому спостереженні. Для оцінки якості життя використовували загальний опитувальник SF-36 і порівнювали показники якості життя хворих, які отримували медикаментозну терапію (нестероїдні протизапальні препарати з/без хондропротектору або гіалуронової кислоти), з групою пацієнтів, яким було проведено оперативне лікування (артроскопія). **Результати.** На сьогоднішній день оперативне (артроскопічне) лікування на початкових стадіях посттравматичного та ідіопатичного коксартрозу досить ефективно вирішує певні терапевтичні завдання, безперечно, має патогенетичну спрямованість, асоціюється зі зменшенням больового синдрому та покращенням рухової функції кульшового суглоба, сповільнює прогресування, а отже – покращує якість життя пацієнта. **Висновки.** Виявлено, що медикаментозна терапія сприяє вирішенню окремих терапевтичних завдань у хворих із початковими стадіями коксартрозу (зменшення інтенсивності больового синдрому, поліпшення фізичної активності), але вона менш позитивно впливає на якість життя пацієнтів у порівнянні з оперативним лікуванням (артроскопія), що асоціюється з більш високими інтегральними показниками фізичного і психічного компонентів здоров'я пацієнтів при коротко- і середньостроковому спостереженні.

Ключові слова: коксартроз, кульшовий суглоб, якість життя.

Вступ

На сьогодні поширеність остеоартрозу перебуває в межах від 6,4% до 12% популяції дорослого населення, на коксартроз припадає майже 80% у загальній структурі патології суглобів у осіб віком понад 60 років, у 10-30% випадків остеоартроз призводить до непрацездатності різного ступеня [1]. Кульшовий суглоб є другим із великих суглобів, які найбільш часто вражає остеоартроз. Поширеність коксартрозу становить близько 6,8% [7, 9]. Згідно з даними літератури, темп прогресування захворювання варіює від 3 до 36 місяців [3].

Важливість та актуальність методів лікування коксартрозу обумовлені не тільки його високою поширеністю, а й різким зниженням рухової активності,

що призводить до вираженого зниження рівня якості життя, втрати працездатності, а на пізніх стадіях і здатності до самообслуговування [5, 6, 8]. Водночас, незважаючи на численні спроби покращення стратегій, оснований на доказах, які включають фармакологічні, нефармакологічні та хірургічні методи лікування, коксартроз і на сьогоднішній день характеризується достатньо швидким прогресуванням. Більше того, різні методи лікування мають певні відмінності у терапевтичній ефективності та, ймовірно, впливі на фізичний, психологічний та соціальний стан хворих. Це питання активно обговорюють та досліджують, але наявні докази є вельми контрверсійними. Таким чином, для адекватної оцінки хворого бажаним є не тільки використання специфічних для певного захворювання тес-

тів, але й генеричних (загальних) опитувальників, які дозволяють розширити можливості вимірювання недієздатності людини [4], а також поряд із загальноприйнятими методиками дослідження отримати всебічну інформацію щодо ефективності лікування.

На сьогодні покращення якості вважається одним із головних завдань при лікуванні пацієнтів із хронічними захворюваннями, в тому числі і коксартрозом. Так, однією із стратегій Програми всесвітньої "Декади патології кісток і суглобів" 2000-2010 рр. було поліпшення якості життя у осіб із патологією кістково-суглобового апарату [2].

Мета роботи – вивчити та проаналізувати динаміку показників якості життя у хворих із початковими стадіями коксартрозу в інтервалі спостереження 1-5 років при різних схемах лікування, які включають як медикаментозну терапію, так і оперативне (артроскопічне) втручання.

Матеріали і методи

Дослідження проводилося на базі травматологічного відділення Вінницької обласної клінічної лікарні імені М.І. Пирогова з січня 2000 по грудень 2015 року. У ньому брали участь 225 хворих (125 чоловіків, 100 жінок) із початковими стадіями коксартрозу через 1 та 5 років із моменту верифікації діагнозу та початку лікування. Середній вік хворих – $50,5 \pm 16,44$ років, середня тривалість захворювання – $14,14 \pm 8,62$ місяців. Критеріями включення були: вік хворих від 18 років, I-II стадія посттравматичного та ідіопатичного коксартрозу, згода пацієнта на участь у дослідженні.

Крім відповідного клінічного обстеження, учасники дослідження заповнювали анкети оцінки якості життя за Короткою Версією Опитувальника Здоров'я – 36 (The MOS 36-item Short Form Health Survey – SF-36). Хворі були розподілені на 4 групи, які були зіставні за статтю, віком, тривалістю та стадією захворювання, індексом маси тіла. До 1-ї, 2-ї та 3-ї групи було включено по 40 хворих, які отримували нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ). Лише НПЗЗ – група 1, НПЗЗ + хондропротектор – група 2 та НПЗЗ + внутрішньосуглобове введення гіалуронової кислоти – група 3. Пацієнтам 4-ї групи ($n=105$) було виконано оперативне втручання – артроскопічне відновлення конгруентності кульшового суглоба (парціальна резекція ацетабулярної губи та/або остеохондропластика голівки стегнової кістки та/або ацетабулярна остеохондропластика).

Опитувальник SF-36, який використано для оцінки якості життя, включав 36 питань (параметрів), які формують 8 основних концепцій (шкал) здоров'я [10]: PF – фізичне функціонування, RP – роль фізичних проблем в обмеженні життєдіяльності, BP – фізичний біль, GH – загальне сприйняття здоров'я, VT – життєздатність, SF – соціальна активність, RE – роль емоційних проблем в

обмеженні життєдіяльності, MH – психічне здоров'я. Ці питання віддзеркалюють загальну самооцінку здоров'я в динаміці, а також чотири перші шкали характеризують стан фізичного здоров'я (PCS), наступні чотири – психічного (MCS).

Усі отримані кількісні дані оброблені методами варіаційної статистики. Кількісні параметри у таблицях представлені у вигляді $M \pm \sigma$ (середнє значення \pm середнє квадратичне відхилення). Для порівняння даних застосовували тест Вілкоксона (тест Wilcoxon) для двох груп залежних сукупностей та U-критерій Манна-Уїтні (Mann-Whitney U-test) для двох груп незалежних сукупностей. Статистична обробка даних виконувалася у статистичному пакеті SPSS 20 (©SPSS Inc.).

Результати та їх обговорення

У результаті проведеного анкетування хворих, які отримували НПЗЗ (група 1) із використанням опитувальника SF-36 була отримана оцінка якості життя в балах від 0 до 100, за якими чим більше обмежень відчували пацієнти у повсякденному житті, тим нижчі показники демонстрував даний опитувальник. При оцінці якості життя за SF-36 серед хворих 1-ї групи через 1 та 5 років після артроскопічного втручання було зафіксовано наступний розподіл показників за шкалами (рис. 1А, Б).

Найбільш значуще погіршення показників якості життя через 5 років спостереження зафіксовано серед показників фізичної активності (PF) ($|z|=-2,4$; $p=0,016$), інтенсивності болю (BP) ($|z|=-2,5$; $p=0,012$), загального сприйняття здоров'я (GH) ($|z|=-2,73$; $p=0,006$) та соціальної активності (SF) ($|z|=-2,07$; $p=0,043$). Звертає увагу, що через 5 років із моменту верифікації діагнозу зниження якості життя у хворих з коксартрозом відбулося переважно за рахунок показників фізичного здоров'я (PCS) ($|z|=-2,09$; $p=0,042$), тоді як показники психічного здоров'я (MCS) змінилися у незначному ступені. Дана група була використана в якості контрольної під час порівняння ефектів серед хворих інших груп.

У процесі порівняння середніх значень досліджуваних параметрів якості життя через 1 рік (рис. 2) у пацієнтів групи, що отримували НПЗЗ (група 1), та групи, що приймали НПЗЗ і хондропротектор (група 2), отримано значущі відмінності між групами щодо інтенсивності болю та соціальної активності. Ці показники в групі 2 виявилися вищими на 18,3% ($p=0,044$) та 15% ($p=0,042$), відповідно, в порівнянні з аналогічними показниками групи 1, що свідчить про меншу вираженість больового синдрому у хворих, які отримували НПЗЗ у комбінації з хондропротектором, та менший негативний вплив проблем, пов'язаних зі здоров'ям, на емоційну та фізичну здатність міжособистісного спілкування.

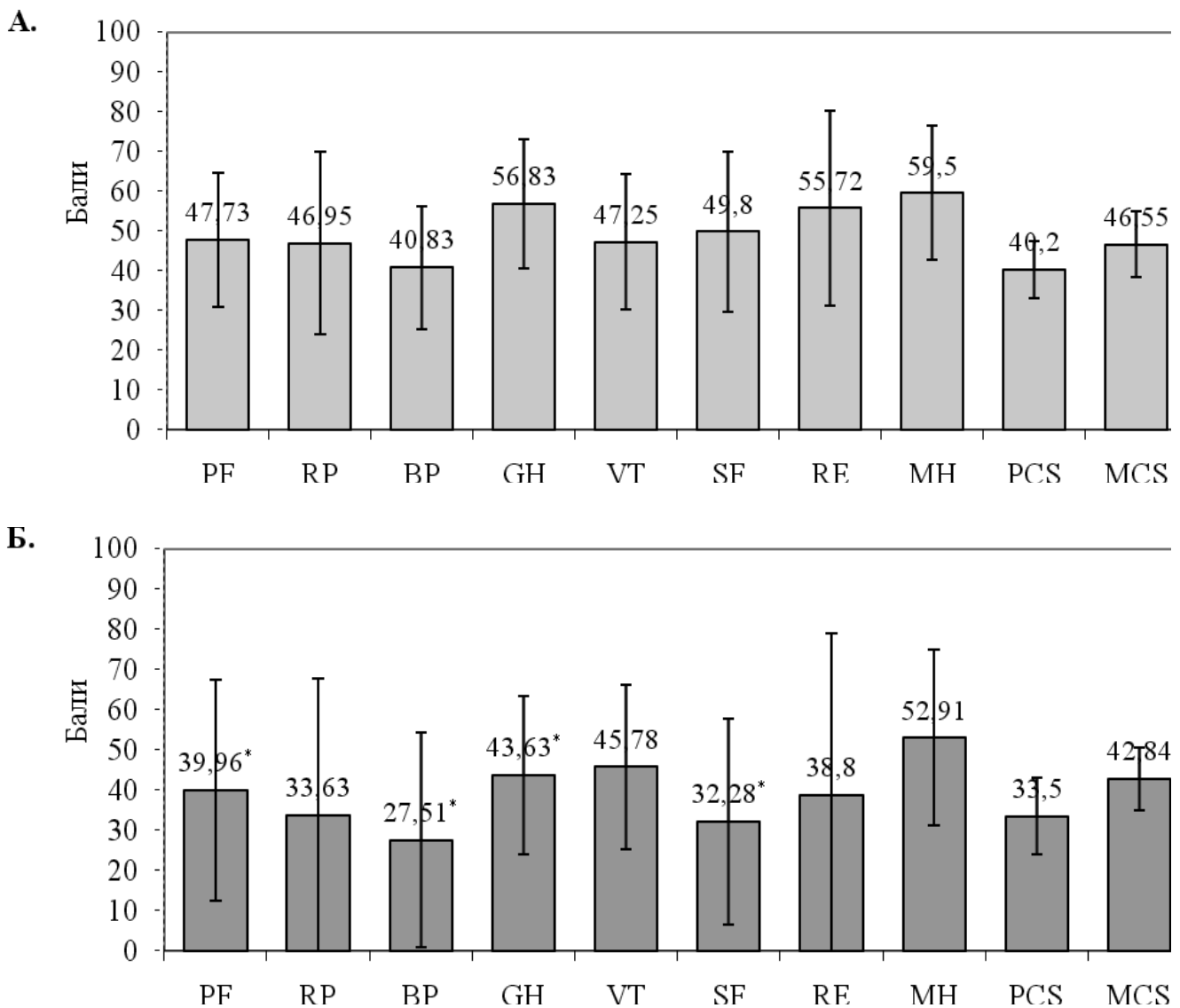


Рис. 1. Показники якості життя за шкалами SF-36 у хворих групи нестероїдні протизапальні засоби (група 1) через 1 рік (n=40) (А) та через 5 років (n=21) (Б) від початку спостереження та лікування
* – рівень значущості відмінностей показників порівняно з попереднім етапом дослідження $p < 0,05$ (тест Wilcoxon)

Порівнюючи показники якості життя хворих, що отримували НПЗЗ, та пацієнтів, яким призначалися НПЗЗ та гіалуронова кислота (група 3), через 1 рік отримано значущі відмінності в фізичному функціонуванні, яке було на 19,8% вищим у групі 3 у порівнянні з відповідним показником групи 1 ($p=0,013$). Цей показник характеризує здатність переносити звичне фізичне навантаження впродовж дня. Отже, його зниження вірогідно пояснює більш високий (на 10,9%, $p=0,01$) рівень узагальненого фізичного компонента здоров'я у хворих, яким були призначені НПЗЗ у комбінації з гіалуроновою кислотою.

Але найбільші відмінності через 1 рік спостереження та лікування ми отримали в групі хворих, яким виконано оперативне лікування (артроскопічне відновлення конгруентності суглоба), в групі 4. Так, при

порівнянні середніх значень якості життя між групами 1 та 4 встановлено значущі відмінності в фізичному функціонуванні, рольовому фізичному функціонуванні, інтенсивності болю, ролі емоційних проблем в обмеженні життєдіяльності. Серед показників, які характеризують фізичне здоров'я, у пацієнтів групи 4 фізичне функціонування, рольове фізичне функціонування та інтенсивність болю були вищими на 19,1% ($p=0,002$), 16,8% ($p=0,026$) та 18,5% ($p=0,007$) відповідно, що пояснює достовірну різницю між групами узагальненого фізичного компонента здоров'я ($44,82 \pm 7,04\%$ в групі оперативного (артроскопічного) лікування проти $40,2 \pm 7,24\%$ у групі хворих, які отримували НПЗЗ; $p=0,001$). Аналіз показників психічного здоров'я виявив на 17,4% нижче значення рольового емоційного функціонування у хворих групи 1 у по-

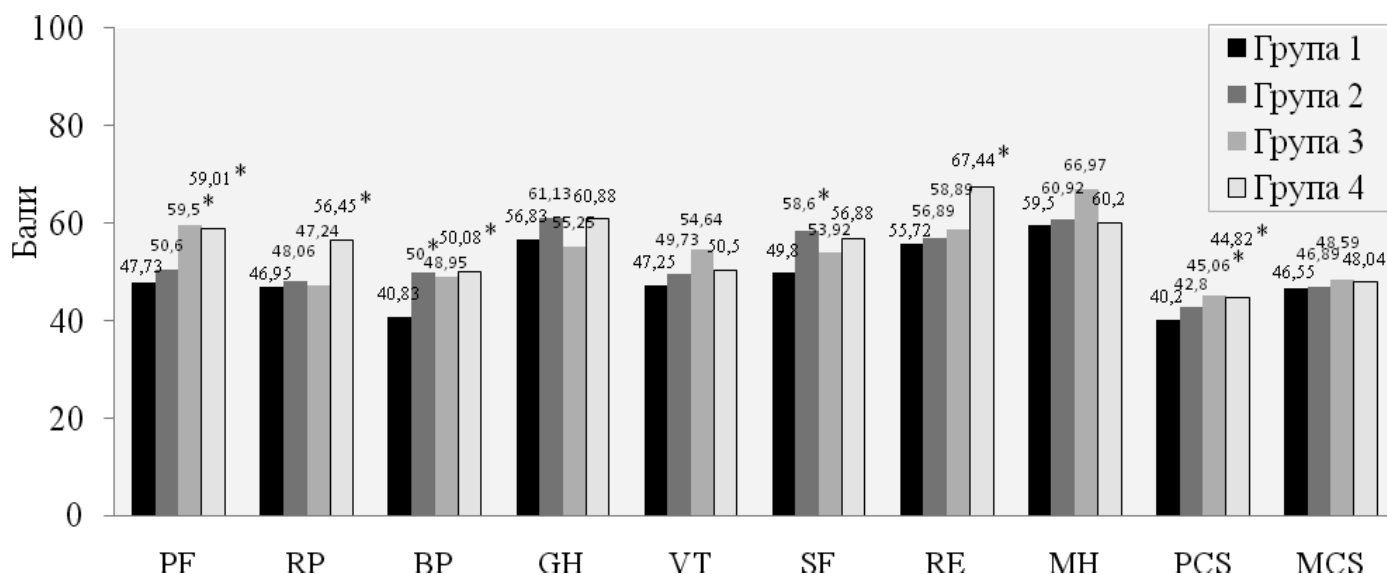


Рис. 2. Відмінності показників якості життя у групах нестероїдні протизапальні засоби (група 1, n=40), нестероїдні протизапальні засоби/хондропротектор (група 2, n=40), нестероїдні протизапальні засоби/гіалуронова кислота (група 3, n=40), артроскопія (група 4, n=105) через 1 рік після початку спостереження та лікування
+ – рівень значущості відмінностей показників порівняно з групою 1 p<0,05 (Mann–Whitney U-test)

рівнянні з аналогічним показником групи 4 (p=0,012) (рис. 2).

Через 5 років спостереження та лікування (рис. 3) при порівнянні середніх значень якості життя між групами 1 та 2 значущих відмінностей виявлено не було.

При порівнянні даних анкетування пацієнтів груп 1 та 3 отримано значущі відмінності тільки в динаміці показника загального сприйняття здоров'я, який

був на 25,3% вищим у хворих групи 3 в порівнянні з аналогічним показником групи 1. Останнє свідчить про більш високу суб'єктивну оцінку загального стану здоров'я хворими, яким були призначені НПЗЗ та гіалуронова кислота, ніж пацієнтами, які отримували тільки НПЗЗ.

Нарешті, при порівнянні середніх значень якості життя через 5 років встановлено значущі відмін-

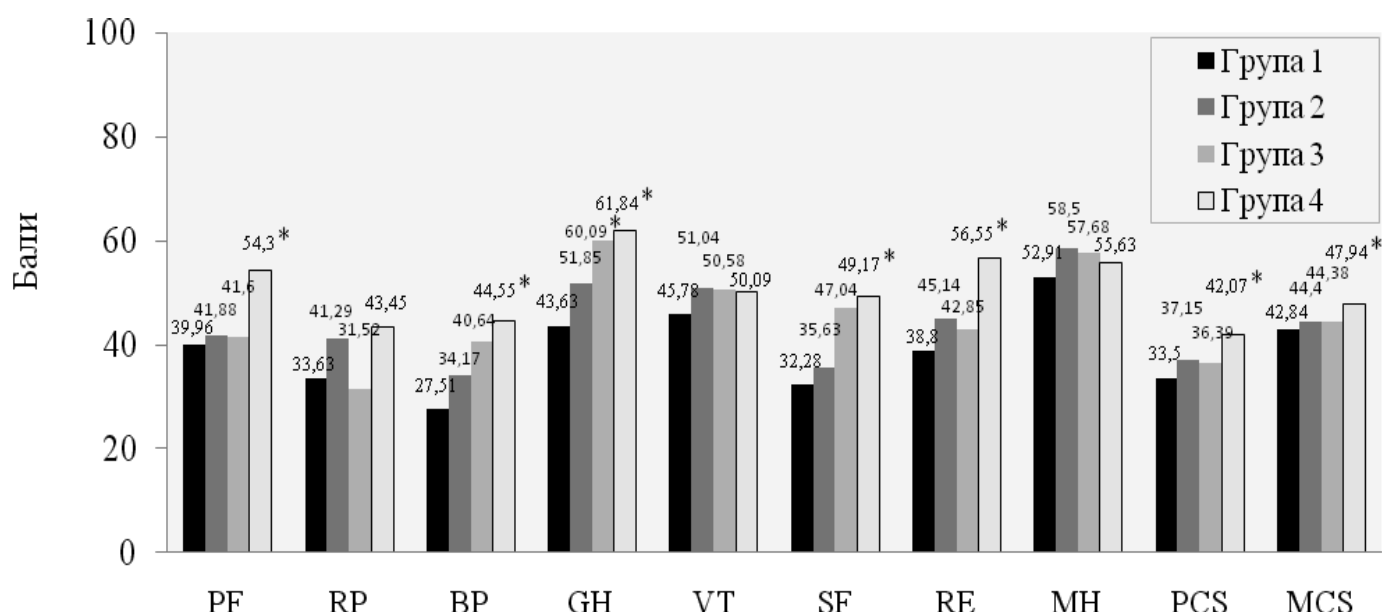


Рис. 3. Відмінності показників якості життя в групах нестероїдні протизапальні засоби (група 1, n=21), нестероїдні протизапальні засоби/хондропротектор (група 2, n=24), нестероїдні протизапальні засоби/гіалуронова кислота (група 3, n=25), артроскопія (група 4, n=86) через 5 років після початку спостереження та лікування
+ – рівень значущості відмінностей показників порівняно з групою 1 p<0,05 (Mann–Whitney U-test)

ності між групами 1 та 4 практично за всіма субшкалами опитувальника SF-36. У хворих групи 4 були достовірно вищими показники оцінки болю, соціального функціонування та рольового емоційного функціонування: на 38,2%, 34,5% та 31,4% відповідно в порівнянні з групою 1 ($p=0,011$). Дещо в меншому ступені у пацієнтів групи 1 були зниженими показники фізичного функціонування – на 26,4% ($p=0,042$) та загального сприйняття здоров'я – на 29,4% ($p=0,001$). Аналіз інтегральних показників шкали SF-36 показав більш високі оцінки узагальненого фізичного та психічного компонентів здоров'я у хворих групи 4; відмінності виявилися статистично значущими: PCS та MCS групи 4 були вищими на 20,4% та 10,6% відповідно в порівнянні з аналогічними показниками групи 1 ($p=0,001$ та $p=0,05$) (рис. 3).

Таким чином, аналіз даних групи 1 демонструє прогресуючий характер коксартрозу, що впродовж п'ятирічного періоду перебігу захворювання асоціюється зі зниженням рухової активності та зі збільшенням вираженості больового синдрому. А це, в свою чергу, не може не позначитися на показниках якості життя пацієнтів даної категорії [5, 6, 8]. Однак при порівнянні з хворими решти груп можна побачити, що поєднання нестероїдної протизапальної медикаментозної терапії з хондропротекторами та гіалуроновою кислотою покращує певні досліджувані параметри. Так, наприклад, прийом хондропротекторів впродовж 1 року допомагає більш ефективно контролювати больовий синдром, застосування гіалуронової кислоти асоціюється із більш високим рівнем фізичної активності ($p<0,05$).

Незважаючи на це, отримані нами результати при аналізі форм оцінки якості життя свідчать про те, що за переважною більшістю компонентів, які складають концепцію “якості життя” протоколу SF-36, показники в групах консервативного лікування були значно нижчими за відповідні показники в групі оперативного (артроскопічного) лікування. Така ситуація пояснюється ймовірно тим, що сам процес прийому лікарських препаратів знижує суб'єктивне відчуття здоров'я та якості життя пацієнтів. Важливу роль відіграють побічні ефекти медикаментів: біль у животі та диспептичні розлади при прийомі НПЗЗ, нудота та блювання при прийомі хондропротекторів, зміни та неприємні відчуття в місці ін'єкції та навколосуглобових тканинах при введенні гіалуронової кислоти.

Згідно з результатами дослідження, на сьогоднішній день застосування оперативного (артроскопічного) лікування на початкових стадіях посттравматичного та ідіопатичного коксартрозу досить ефективно вирішує певні терапевтичні завдання, безперечно, має патогенетичну спрямованість, асоціюється зі зменшенням больового синдрому та покращенням

рухової функції кульшового суглоба, сповільнює прогресування, а отже – покращує якість життя пацієнта.

Висновки

Встановлено, що медикаментозна терапія сприяє вирішенню окремих терапевтичних завдань у хворих із початковими стадіями посттравматичного та ідіопатичного коксартрозу (зменшення інтенсивності больового синдрому, покращення фізичної активності), але при цьому менш позитивно впливає на якість життя пацієнтів у порівнянні з оперативним лікуванням (артроскопічне відновлення конгруентності суглоба), що асоціюється з більш високими інтегральними показниками фізичного та психічного компонентів здоров'я пацієнтів при коротко- та середньостроковому спостереженні.

Конфлікт інтересів. Автори заявляють про відсутність конфлікту інтересів під час підготовки статті.

Література

1. Бур'янов О.А. Лікування остеоартрозу в рамках доказової медицини / О.А. Бур'янов, Т.М. Омельченко // Здоров'я України. – 2011. – № 1 (Хірургія. Ортопедія. Травматологія). – С. 12–14.
2. Насонова В.А. Международная декада, посвященная костно-суставным нарушениям (The bone and joint decade 2000-2010) / В.А. Насонова // Рус. мед. журн. – 2000. – Т. 8, № 9. – С. 369–371.
3. Остеоартроз: Современное состояние проблемы (аналитический обзор) / С.П. Миронов, Н.П. Омеляненко., А.К. Орлецкий [и др.] // Вестн. травматол. и ортопед. им. Н.Н. Приорова. – 2001. – № 2. – С. 96–99.
4. Coons S.J. Comparative review of generic quality of life instruments / S.J. Coons, S. Rao, D.L. Keininger, R.D. Hays // Pharmacoeconomics. – 2000. – Vol. 17, № 1. – P. 13–35.
5. Health-related quality of life in older adults with symptomatic hip and knee osteoarthritis: a comparison with matched healthy controls / F. Salaffi, M. Carotti, A. Stancati, W. Grassi // Aging. Clin. Exp. Res. – 2005. – Vol. 17, № 4. – P. 255–263.
6. Health-related quality of life in total hip and total knee arthroplasty. A qualitative and systematic review of the literature / O. Ethgen, O. Bruyere, F. Richy [et al.] // J. Bone Joint Surg. Am. – 2004. – Vol. 86-A, № 5. – P. 963–974.
7. Imaging prevalence of femoroacetabular impingement in symptomatic patients, athletes, and asymptomatic individuals: A systematic review / V.V. Mascarenhas, P. Rego, P. Dantas [et al.] // Eur. J. Radiol. – 2016. – Vol. 85, № 1. – P. 73–95.
8. Impact of self-reported comorbidity on physical and mental health status in early symptomatic osteoarthritis: the CHECK (Cohort Hip and Cohort Knee) study / J. Wesseling, P.M. Welsing, S.M. Bierma-Zeinstra [et al.] // Rheumatology (Oxford). – 2013. – Vol. 52, № 1. – P. 180–188.
9. Prevalence of Femoroacetabular Impingement Imaging Findings in Asymptomatic Volunteers: A Systematic Review / J.M. Frank, J.D. Harris, B.J. Erickson [et al.] // Arthroscopy. – 2015. – Vol. 31, № 6. – P. 1199–1204.
10. Ware J. The MOS 36-item short-form healthy survey (SF-36) / J. Ware, C. Sherbourne // Medical Care. – 1992. – Vol. 30, № 6. – P. 473–483.

FEATURES OF CHANGES IN THE QUALITY OF LIFE BY USING DIFFERENT METHODS OF TREATMENT OF PATIENTS WITH INITIAL COCKSARTROSIS STAGES AT SHORT-TERM AND SEMI-TERM FOLLOW-UP PERIOD

Lutsyshyn V.H., Kalashnikov A.V., Maiko O.V., Maiko V.M.

Summary. According to indications, arthroscopy of the hip joint in patients with the initial stages of coxarthrosis is an effective technique, which improves hip function and quality of life in short- to medium-term follow-up. **Objective:** to study and analyze the dynamics of quality of life indicators in patients with initial stages of coxarthrosis in the follow-up period of 1 to 5 years with various treatment regimens including both drug therapy and surgical (arthroscopic) interventions. **Materials and methods.** The work is based on the analysis of the dynamics of quality of life indicators of 225 patients with the initial stages of coxarthrosis in short- and medium-term follow-up period using various methods of treatment. To assess the quality of life, SF-36 questionnaire was used and the quality of life indicators of patients treated with medication (nonsteroidal anti-inflammatory drugs with or without a chondroprotector or hyaluronic acid) were compared with the group of operated on (arthroscopic) patients. **Results.** As the study showed, at present the surgical (arthroscopic) treatment at the initial stages of post-traumatic and idiopathic coxarthrosis quite effectively solve certain therapeutic problems, undoubtedly has a pathogenetic orientation, is associated with a reduction of pain syndrome and improvement of motor function of the hip joint, slows progression, and consequently improves quality of life of a patient. **Conclusions.** Medical therapy has been shown to help solving specific therapeutic problems in patients with the initial stages of coxarthrosis (decrease in intensity of pain syndrome, improvement of physical activity), but it has a less positive effect on the quality of life of patients compared to the surgical treatment (arthroscopy), which is associated with higher integrated indicators of physical and mental health of patients in the short and medium follow-up period.

Key words: coxarthrosis, hip joint, quality of life.

ОСОБЕННОСТИ ИЗМЕНЕНИЯ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ ПРИ ИСПОЛЬЗОВАНИИ РАЗЛИЧНЫХ МЕТОДОВ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С НАЧАЛЬНЫМИ СТАДИЯМИ КОКСАРТРОЗА ПРИ КРАТКО- И СРЕДНЕСРОЧНОМ НАБЛЮДЕНИИ

Луцишин В.Г., Калашников А.В., Майко О.В., Майко В.М.

Резюме. Выполнение по показаниям артроскопии тазобедренного сустава у больных с начальными стадиями коксартроза является эффективной методикой, улучшающей функцию тазобедренного сустава и качество жизни при кратко- и среднесрочном наблюдении. **Цель.** Изучить и проанализировать динамику показателей качества жизни у больных с начальными стадиями коксартроза в интервале наблюдения 1-5 лет при различных схемах лечения, которые включают как медикаментозную терапию, так и оперативное (артроскопическое) вмешательство. **Материалы и методы.** В основу работы положен анализ динамики показателей качества жизни в процессе различных методов лечения 225 больных с начальными стадиями коксартроза при кратко- и среднесрочном наблюдении. Для оценки качества жизни использовали общий опросник SF-36 и сравнивали показатели качества жизни больных, получавших медикаментозную терапию (нестероидные противовоспалительные препараты с/без хондропротектора или гиалуроновой кислоты) с группой пациентов, которым было проведено оперативное лечение (артроскопия). **Результаты.** На сегодняшний день оперативное (артроскопическое) лечение на начальных стадиях посттравматического и идиопатического коксартроза достаточно эффективно решает определенные терапевтические задачи, бесспорно, имеет патогенетическую направленность, ассоциируется с уменьшением болевого синдрома и улучшением двигательной функции тазобедренного сустава, замедляет прогрессирование, а следовательно – улучшает качество жизни пациента. **Выводы.** Выявлено, что медикаментозная терапия способствует решению отдельных терапевтических задач у больных с начальными стадиями коксартроза (уменьшение интенсивности болевого синдрома, улучшение физической активности), но она менее положительно влияет на качество жизни пациентов по сравнению с оперативным лечением (артроскопия), что ассоциируется с более высокими интегральными показателями физического и психического компонентов здоровья пациентов при кратко- и среднесрочном наблюдении.

Ключевые слова: коксартроз, тазобедренный сустав, качество жизни.