

Ми вважаємо, що кращі віддалені результати в 1-й групі пацієнтів обумовлені мінімізацією операційної травми за рахунок відмови від виконання венектомії в зоні трофічних розладів і, насамперед, відкритої субфасціальної перев'язки перфорантних вен. Остання потребує розрізання шкіри і підшкірної клітковини на великій довжині і відшарування масивних шкірно-фасціальних шматків, що само по собі порушує трофіку тканин і пролонгує

регрес трофічних змін. Застосування ендоскопічної дисекції перфорантних вен і флєбосклерозуючої терапії, таким чином, дозволяє суттєво прискорити медико-соціальну реабілітацію хворих.

Висновки. У хворих на ХВН в стадії декомпенсації найкращим способом лікування є стовбурова венектомія з склеротерапією на гомілці при попередньому ендовідеохірургічному кліпуванні перфорантів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Алексеев К.И., Старков Ю.Г., Шишин К.В. Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени в лечении хронической венозной недостаточности // Хирургия. Журнал имени Н.И.Пирогова. — 2006. — № 9. — С. 71-75.
2. Кунгурцев В.В., Чиж В.Р., Гольдина И.М. Склерохирургия в комплексном лечении варикозной болезни нижних конечностей // Флебологическая. — 2000. — №11. — С.14-17.
3. Русин В.І., Корсак В.В., Левчак Ю.А., Русин В.В., Горленко Ф.В. Субфасціальна ендоскопічна диссекція перфорантних вен гомілки та склерооблітерація у лікуванні ускладнених форм варикозної хвороби нижніх кінцівок // Український бальнеологічний журнал. — 2007. — № 2, 3. — С. 117 – 121.
4. Савельев В.С., Кириенко А.И., Богачев В.Ю. Венозные трофические язвы. Мифы и реальность // Флебологическая. — 2000. — №11.- С.5-10.
5. Савельев В.С. Флебология. — М.: Медицина, 2001.- 409 с.

SUMMARY

DIRECT AND REMOTE RESULTS OF TREATMENT OF CHRONIC VENOUS INSUFFICIENCY ARE DEPENDING FROM THE SURGICAL METHOD

Horlenko F.

In this work is presented the comparative analysis of efficiency of surgical holiatry of chronic venous insufficiency with the use of subfascial endoscopic method and sclerotherapies with a classic venectomy and subfascial dissection of perforant veins.

Key words: chronic venous insufficiency, endoscopic perforant vein dissection, sclerotherapy

УДК: 616 – 005 – 089: 612: 013

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ХВОРИХ ІЗ ВЕНОЗНИМИ ТРОМБОЗАМИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОВЕДЕНОГО ЛІКУВАННЯ

Левчак Ю.А., Болдіжар П.О.

Ужгородський національний університет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: у роботі проаналізована якість життя у 68 пацієнтів із глибокими венозними тромбозами залежно від проведеного лікування. Пацієнти розподілені на чотири клінічні групи: I-а – 14 (20,6%) пацієнтів, яким виконали відкриті тромбектомії із НПВ з апаратною каваплікацією; II-а – 21 (30,8 %) хворий, яким виконали тромбектомію у поєднанні з лігуванням вени; III-я – 15 (22,1 %) пацієнтів, яким тромбектомія доповнена формуванням АВН; IV-а – 18 (26,5 %) хворих, яким проведений системний або регіональний тромболізис. Якість життя оцінювали за допомогою опитувальника SF-36. Вивченням якості життя у пацієнтів із венозними тромбозами доведено перевагу хірургічних методів лікування у порівнянні з консервативними методами.

Ключові слова: венозні тромбози, якість життя, SF-36, тромбектомії, тромболізис

Вступ. Незаперечним є той факт, що хвороба впливає не тільки на фізичний стан індивідуума, але й призводить до суттєвих зрушень у психо-емоційній сфері. Тому ще у 1947 році в уставі Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) зазначено, що здоров'я – це стан повного фізичного, психічного та соціального благополуччя, а не тільки відсутність хвороб та фізичних вад. У 1957 році робоча група ВООЗ визначила здоров'я як стан або якість людського організму, що забезпечує його адекватне функціонування в даних умовах (біологічних або зовнішнього середовища). Відповідно метою лікування є відновлення і збереження

здоров'я пацієнта не тільки у фізичному, але й у психо-соціальному аспектах. Саме цій меті повинні відповідати всі види лікувальної діяльності [4].

Оцінку ступеня важкості хронічних захворювань вен традиційно проводять за клінічною картиною, а оцінюючи ефективність лікування здебільшого беруть до уваги показники фізичного стану пацієнта: наявність болю, набряку, трофічних зрушень тощо. Попри суттєвість біомедичних критеріїв, останні не дають змогу визначити соціомедичний статус пацієнта до лікування та після його завершення. Для оцінки взаємозв'язку між проявами хвороби та можливістю задовольнити соціа-

льно-психологічні потреби пацієнта використовують такий показник, як якість життя (ЯЖ). До речі, більшість пацієнтів, можливо і не свідомо, бажають покращити саме якість життя, а не радикального лікування попри все [4].

Існують різні визначення якості життя, які ґрунтуються на понятті здоров'я. В сучасній інтерпретації ЯЖ трактується як інтегральну характеристику фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування хворого, що базується на його суб'єктивному сприйнятті [5].

Проблемі вивчення якості життя у пацієнтів з хронічною венозною недостатністю (ХВН) останнім часом присвячено чимало публікацій. Найбільш масштабна спроба з вивчення цієї проблеми здійснена у 1997-1998 роках, коли було проведене унікальне міжнародне проспективне контрольоване багатоцентрове дослідження RELIEF-study, метою якого стала оцінка якості життя у пацієнтів з ХВН у процесі терапії. RELIEF-study пройшло у 23 країнах [4]. Аналогічне, але менш масштабне, дослідження під назвою «ДЕТЕКТ» проведене в Україні за сприяння компанії Servier.

В опрацьованій нами літературі питання якості життя у пацієнтів із глибокими венозними тромбозами висвітлене недостатньо, що спонукало нас до більш глибокого вивчення цієї проблеми.

Мета роботи. Провести порівняльну оцінку якості життя у хворих із венозними тромбозами в залежності від проведеного лікування.

Матеріали та методи. Проведена порівняльна оцінка якості життя у 68 пацієнтів з глибокими венозними тромбозами, які знаходилися на лікуванні у хірургічній клініці Обласної клінічної лікарні м.Ужгород. Вік пацієнтів коливався в межах від 24 до 69 років. Серед 68 (100%) пацієнтів було 6 (8,8%) жінок та 62 (91,2 %) чоловіків. За проведеним лікуванням хворі умовно поділені на 4 клінічні групи. До I-ї клінічної групи увійшли 14 (20,6%) пацієнтів, яким виконали відкриті тромбектомії із нижньої порожнистої вени з апаратною каваплікацією у власній модифікації. Другу клінічну групу склали 21 (30,8 %) хворий із діагностованими флотуючими тромбами, яким виконали тромбектомію у поєднанні з лігуванням скомпроментованої вени. До III-ї клінічної групи внесені 15 (22,1 %) пацієнтів, яким тромбектомія доповнена формуванням артеріо-венозної нориці (АВН). Четверту клінічну групу склали 18 (26,5 %) хворих, яким проведений системний або регіональний тромболізис.

Якість життя у вказаних клінічних групах оцінювали за допомогою дещо зміненого опитувальника SF-36. "SF-36 Health Status Survey" відноситься до неспецифічних опитувальників для оцінки якості життя (ЯЖ) і є широко поширений у США та країнах Європи при проведенні досліджень якості життя [7,8,9]. Апробація методики була проведена «Інститутом клініко-фармакологічних досліджень» (Санкт-Петербург).

Опитувальник SF-36 був нормований для загальної популяції США і репрезентативних вибірок в Австралії, Франції, Італії. 36 пунктів опитувальника згруповані у вісім шкал: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють між 0 і 100, де 100 представляє повне здоров'я. Всі шкали формують два показники: душевне та фізичне благополуччя. Результати представлені у вигляді оцінок у балах по 8 шкалах, складених таким чином, що вища оцінка вказує на вищий рівень ЯЖ. Інструкція з обробки даних, отриманих за допомогою опитувальника SF-36, підготовлена компанією «Евіденс – Клініко-фармакологічні дослідження» [10,11]. Кількісно оцінюються наступні показники:

1. Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF), що відображає ступінь, в якому фізичний стан обмежує виконання фізичних навантажень (самообслуговування, ходьба, підняття сходами і тому подібне). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що фізична активність пацієнта значно обмежується станом його здоров'я.

2. Рольове функціонування, обумовлене фізичним станом (Role-Physical Functioning – RP), – вплив фізичного стану на повсякденну рольову діяльність (роботу, виконання повсякденних обов'язків). Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що повсякденна діяльність значно обмежена фізичним станом пацієнта.

3. Інтенсивність болю (Bodily pain – BP) і її вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю, включаючи роботу по будинку і зовні. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

4. Загальний стан здоров'я (General Health – GH) – оцінка хворим свого стану здоров'я зараз і перспектив лікування. Чим нижче за бал за цією шкалою, тим нижче оцінка стану здоров'я.

5. Життєва активність (Vitality – VT) має на увазі відчуття себе повним сил і енергії або, навпаки, знесиленим. Низькі бали свідчать про стомлення пацієнта, зниження життєвої активності.

6. Соціальне функціонування (Social Functioning – SF) визначається ступенем, в якому фізичний або емоційний стан обмежує соціальну активність (спілкування). Низькі бали свідчать про значне обмеження соціальних контактів, зниження рівня спілкування у зв'язку з погіршенням фізичного і емоційного стану.

7. Рольове функціонування, обумовлене емоційним станом (Role-Emotional – RE), припускає оцінку ступеня, в якому емоційний стан заважає виконанню роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості та ін.). Низькі показники за цією шкалою інтерпретують-

ся як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

8. Психічне здоров'я (Mental Health – МН) характеризує настрій, наявність депресії, тривоги, загальний показник позитивних емоцій. Низькі показники свідчать про наявність депресивних, тривожних переживань, психічне неблагополуччя.

Шкали групуються в два показники: «фізичний компонент здоров'я (Physical health – РН: перші чотири пункти) і «психологічний компонент здоров'я (Mental Health – МН: останні чотири пункти).

Результати дослідження та їх обговорення. Проведена порівняльна оцінка якості життя у 68

пацієнтів із глибокими венозними тромбозами в залежності від проведеного лікування. Хворі відповідали на запитання анкети після проведеного лікування через 6 місяців та через рік. Відповіді на запитання оцінювали за номінальною шкалою від 0 до 5 балів, після чого визначали загальний показник для кожного пункту за формулою:

обчислене значення = (реальне значення – мінімально важливе значення): можливий діапазон значень x 100.

Після аналізу результатів опитування ми отримали наступні результати в залежності від проведеного лікування (табл.1).

Таблиця 1

Шкали якості життя	Метод лікування			
	Тромбектомія із НПВ з апартн. кавалікацією n=14	Тромбектомія + лігування вени n=21	Тромбектомія з формуванням АВН n=15	Тромболісис n=18
Фізична ф-ція	92,4 %	86,6 %	80,4 %	64,4 %
Фізична роль	91,2 %	80,4 %	78,2 %	40,2 %
Фізичний біль	96,8 %	82,8 %	82,0 %	38,8 %
Заг. здоров'я	96,4 %	78,6 %	70,4 %	56,2 %
Життєздатність	88,6 %	76,4 %	70,2 %	36,6 %
Соціальна роль	78,6 %	66,2 %	60,0 %	22,4 %
Емоційна роль	90,2 %	88,4 %	80,2 %	28,8 %
Псих. здоров'я	92,4 %	80,4 %	78,6 %	45,8 %

Фізична функція (ФФ) була найвищою (92,4%) у пацієнтів, яким виконали тромбектомію із НПВ з апаратною кавалікацією, найнижчою (64,4 %) виявилася у пацієнтів, яким проводили тромболісис, що, очевидно, було пов'язано з повільним регресом клініки та тривалими набряками кінцівки.

Фізична роль (ФР) також була найвищою (91,2 %) у пацієнтів I-ї групи, найнижчою – (40,2%) у пацієнтів, яким проводили тромболісис. Показники пацієнтів II-ї та III-ї груп зайняли проміжне положення.

Фізичний біль (ФБ) згідно опитування був відсутній у пацієнтів I-ї групи у 96,8%. Майже 60 % пацієнтів IV-ї групи мали в тій чи іншій мірі больовий синдром.

Загальне здоров'я (ЗЗ) за суб'єктивною самооцінкою було найвищим (96,4 %) у пацієнтів I-ї групи, та найнижчим (56,2%) – у пацієнтів IV-ї групи.

Показники життєздатності (Ж) після хірургічних втручань були в межах від 88,6% до 70,2 %, та суттєво відрізняється (36,6%) при тромболітичній терапії.

Соціальна роль (СР) суттєво не відрізнялася у оперованих пацієнтів (78,6% – 60,0 %), та суттєво знижувалася (22,4 %) у пацієнтів після тромболітичної терапії, що спричинено значним виходом пацієнтів IV-ї групи на інвалідність.

Емоційна роль (ЕР) – у пацієнтів I-III груп була

суттєво вищою (90,2%-80,2%) у порівнянні з хворими IV-ї групи (28,8%).

Психічне здоров'я (ПЗ) – найвищий показник (92,4 %) у пацієнтів I-ї групи, який прогресивно зменшувався до 45,8 % у хворих IV-ї групи.

Проаналізувавши отримані результати слід відзначити, що найвищою якістю життя була у пацієнтів, яким виконали відкриті тромбектомії із нижньої порожнистої вени із апаратною кавалікацією (рис.1). Дещо нижчі показники якості життя були у пацієнтів, яким з приводу діагностованих флотуючих тромбів виконали відкриті тромбектомії з подальшою перев'язкою скомпроментованої вени. Не суттєво відрізнялася якість життя у хворих, яким виконали відкриті тромбектомії із формуванням артеріо-венозних нориць. Найнижчу якість життя відзначили пацієнти, яким проводили системний або регіонарний тромболісис. Попри опубліковані останнім часом роботи, у яких тромболітична терапія представлена основним методом лікування венозних тромбозів, проведене нами дослідження доводить зворотнє і вказує на переваги хірургічного лікування [1, 2, 6]. Крім цього, у своїй роботі ми не враховували запропонований академіком А.В. Покровським, так званий «економічний фактор якості життя», який, на нашу думку, також був би не на користь тромболітичної терапії, враховуючи собівартість сучасних тромболітичних препаратів [3].

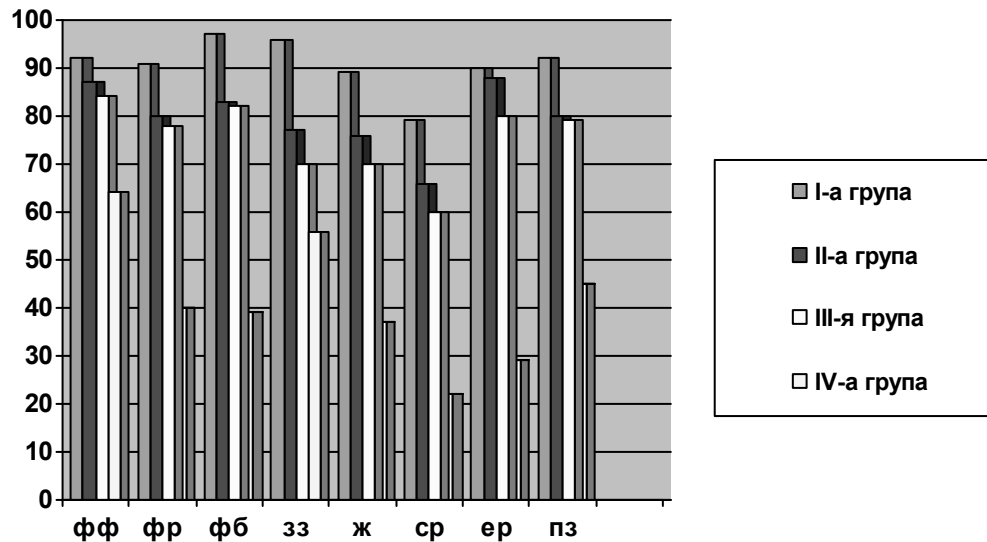


Рис.1. Показники якості життя в залежності від проведеного лікування.

При використанні даної методики сумарний аналіз даних буде дещо відрізнятися від проспективних аналізів, проведених з використанням математичних статистичних програм, але переваги описаного методу очевидні, оскільки традиційні оцінки результатів лікування хворих з венозними

тромбозами, як правило, не стосуються якості життя.

Висновки. Вивченням якості життя у пацієнтів з венозними тромбозами доведено перевагу хірургічних методів лікування у порівнянні з консервативними методами.

ЛІТЕРАТУРА

1. Кобза І.І., Гаврилів Б.М., Жук Р.А., Лузанський В.Д., Слісєв Г.Ю. Комплексне лікування тромбозу глибоких вен, ускладненого тромбоемболією легеневої артерії//Клінічна флебологія. – 2008. – №1. – С.12-14.
2. Мішалов В.Г., Грабовий О.М., Маркулан Л.Ю., Миргородський Д.С. Ефективність тромболітичної терапії альтеплазе в пізні строки експериментального флеботромбозу//Клінічна флебологія. – 2008. – №1. – С.18-21.
3. Покровский А.В. Клиническая ангиология. – М.: Медицина. – 2004. – Т.2. – С.61.
4. Савельев В.С. Флебология. – М.: Медицина. – 2001. – 606 с.
5. Савин В.В. Сравнение показателей качества жизни// Ангиология и сосудистая хирургия. – 2001. – № 1. – С.54-62.
6. Jackson L.S., Wang X., Dudrick S.J., et al. Catheter-directed thrombolysis and/ or thrombectomy with selective endovascular stenting as alternatives to systemic anticoagulation for treatment of acute deep veins thrombosis// The American J. of Surg. – 2005. – Vol. 190. – P. 871-876.
7. Ware J.E. Jr., Sherbourne C.D. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection// Med.Care. – 1992, Jun. – Vol.30, №.6. – P.473-483.
8. Ware J.E. Jr., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B. SF-36 Helth Survey. Manual and interpretation guide// The Helth Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.
9. Ware J.E. Jr., Kosinski M., Keller S.D. SF-36 Physical and Mental Helth Summary Scales: A User's Manual// The Helth Institute, New England Medical Center. Boston, Mass. – 1993.
10. <http://www.rhinology.ru>.
11. <http://www.sf-36.org/nbscalc/index.shtml>.

SUMMARY

COMPARING EVALUATION OF LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH DEEP VENOUS THROMBOSES ACCORDING TO THE TREATMENT TECHNIQUE

Levchak Yu. A., Boldizhar P.O.

Life quality was analyzed in 68 patients with deep venous thromboses depending on the conducted treatment. Patients were divided into four clinical groups: I – 14 (20,6%) patients, who underwent opened thrombectomies from VCI with apparatus plication; II– 21 (30,8 %) patients, who underwent thrombectomy in combination with vein ligation; III – in 15 (22,1 %) patients thrombectomy was complemented by forming of AVF; IV – 18 (26,5 %) patients to whom systemic or regional thrombolysis was performed. Life quality was estimated by a questionnaire SF-36. While studying life quality the advantage of surgical methods in comparing to the conservative methods was proved.

Key words: venous thromboses, life quality, SF-36, thrombectomies, thrombolysis