

© П.О. Болдіжар, Ю.Ю. Маді

УДК: 616 – 005 – 089: 612: 013

П.О. БОЛДІЖАР, Ю.Ю. МАДІ

Ужгородський національний університет, медичний факультет, кафедра хірургічних хвороб, Ужгород

ПОРІВНЯЛЬНА ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ ІЗ ГОСТРИМ ВАРИКОТРОМБОФЛЕБИТОМ ЗАЛЕЖНО ВІД ПРОВЕДЕНОГО ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

Проведена порівняльна оцінка якості життя 91 хворого з гострим варикотромбофлебітом у системі великої підшкірної вени. Згідно доповненої нами клінічної класифікації F.Verrel, F. Stollman (1997) гострого варикотромбофлебіту пацієнти були розподілені на дві групи: хворі з ІА типом та хворі з ІІ Б типом. Першу групу склали 37 пацієнтів. У 30 випадках було виконано традиційну флебектомію, а у 7 – кросектомію із стовбуровою склерооблітерацією. У другу групу були включені 54 хворих, 27 із них була виконана флебектомія із відкритою обробкою перфорантів, ще 27 – флебектомія та обробка перфорантів за допомогою методики SEPS. Порівняльну оцінку якості життя проводили в обох групах у залежності від виду операційного втручання.

Ключові слова: гострий варикотромбофлебіт, якість життя, SF-36, хірургічне лікування

Вступ. На сьогодні, для хірургів стала реальною і необхідною можливістю достовірного визначення переваг того чи іншого методу лікування, враховуючи не тільки кількісні, а й якісні характеристики результатів проведеного лікування, таких як зміна самопочуття, відчуття задоволення життям у психоемоційному та соціальному аспектах. Проте, не слід забувати, що суб'єктивна оцінка хворими свого стану ні в якій мірі не замінює об'єктивного дослідження або клінічних ефектів використаного методу лікування. Оцінку ступеня важкості хронічних захворювань вен традиційно проводять за клінічною картиною, а при визначенні ефективності лікування здебільшого беруть до уваги показники фізичного стану пацієнта: наявність болю, набряку, трофічних зрушень тощо. Однак, робити висновки про переваги або недоліки певного лікувального методу, не вивчаючи впливу хірургічного лікування на якість життя (ЯЖ) у післяопераційному періоді не є вірним, тому як оцінка ЯЖ є кінцевим етапом хірургічного лікування [4].

Оцінка якості життя – це перспективний напрямок клінічної медицини, що дає можливість більш точно оцінювати зміни і порушення у стані здоров'я хворого, чітко уявляти суть клінічної проблеми, обирати нові раціональні підходи до лікування, які би задовольнили інтереси пацієнта і, що саме головне, визначати ефективність лікування за параметрами, які знаходяться на межі наукового підходу хірургів та суб'єктивної точки зору хворого.

Існують різні визначення ЯЖ, які ґрунтуються на понятті здоров'я. У сучасній інтерпретації ЯЖ трактують як інтегральну характеристику фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування хворого, що базується на його суб'єктивному сприйнятті.

Проблемі вивчення ЯЖ у пацієнтів із хронічною венозною недостатністю останнім часом присвячено чимало публікацій. Проте, до останнього часу у наукових дослідженнях недостатньо даних про якість життя пацієнтів у хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок, ускладненою гострим варикотромбофлебітом.

Мета дослідження. Провести порівняльну оцінку якості життя у хворих із гострим варикотромбофлебітом у залежності від проведеного лікування.

Матеріали та методи. Проведена порівняльна оцінка якості життя у 91 хворого з гострим варикотромбофлебітом у системі великої підшкірної вени (ВПВ), які лікувалися у хірургічній клініці Закарпатської обласної клінічної лікарні імені А. Новака. Вік пацієнтів коливався від 24 до 65 років. Жінок було 68 (74,7%), чоловіків – 23 (25,3%). Згідно клінічної класифікації гострого варикотромбофлебіту пацієнти розподілені на дві групи: хворі з ІА типом (стовбурова форма без ураження пригирлових клапанів і перфорантів) та хворі з ІІ Б типом (досягнення краніальною порцією тромбу пригирлового клапана ВПВ та тромбованими перфорантами в ділянці стегна) [5]. Першу групу склали 37 пацієнтів, у 30 з них виконано традиційну флебектомію, а у 7 – кросектомію із стовбуровою склерооблітерацією ВПВ. У другу групу увійшло 54 хворих, 27 із них виконано флебектомію із відкритою обробкою перфорантів, а 27 – флебектомію та обробку перфорантів за допомогою методики SEPS [1, 2]. Порівняльну оцінку ЯЖ проводили в обох групах у залежності від виду операційного втручання.

Якість життя у вказаних клінічних групах оцінювали за допомогою загальних анкетопитування MOS SF – 36 (Medical Outcomes Study – ShortForm -36). Вона вміщує 36 запитань і включає

8 шкал, що відображають фізичні та психологічні компоненти здоров'я: фізичне функціонування, рольова діяльність, тілесний біль, загальне здоров'я, життєздатність, соціальне функціонування, емоційний стан і психічне здоров'я. Показники кожної шкали варіюють від 0 до 100, де 100 свідчить про повне здоров'я. Усі 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 «Преференс» [6,7]. Кількісно оцінюються наступні показники:

1. Фізичне функціонування (Physical Functioning – PF) визначає можливість хворого виконувати різноманітні фізичні навантаження: від мінімального самообслуговування до максимальної тривалої ходьби, бігу без обмежень. 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 його вплив на здатність займатися повсякденною діяльністю. Низькі показники за цією шкалою свідчать про те, що біль значно обмежує активність пацієнта.

4. Загальний стан здоров'я (General Health – GH) – визначає суб'єктивне сприйняття попереднього, теперішнього здоров'я та прогнозування його перспектив.

5. Життєва активність (Vitality – VT) оцінює відчуття внутрішньої енергії, відсутність або наявність втомлюваності, бажання енергійних дій. Низькі бали свідчать про зниження життєвої активності пацієнта.

6. Соціальне функціонування (Social Functioning – SF) визначається ступенем, у 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 (це включає в себе великі витрати часу, зменшення об'єму роботи, зниження її якості). Низькі показники за цією шкалою інтерпретуються, як обмеження у виконанні повсякденної роботи, обумовлене погіршенням емоційного стану.

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

Шкали групуються у два показники: «фізичний компонент здоров'я (Physical Health – PH: перші чотири пункти) і «психологічний компонент здоров'я (Mental Health – MH: останні чотири пункти).

Результати досліджень та їх обговорення. Проведена порівняльна оцінка ЯЖ у 91 хворого із гострим варикотромбофлебітом у 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 $\times 100$.

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

Таблиця 1

Показники якості життя хворих із ГВТ ІА типу залежності від виду операційного лікування

Шкали якості життя	Методи лікування	
	Флебектомія (n=30)	Кросектомія+ стовбурова склероблітерація ВПВ (n=9)
Фізична функція (ФФ)	84,1±5,2	94,6±0,9
Фізична роль (ФР)	82,4±5,9	75,2±0,7
Фізичний біль (ФБ)	89,6±3,5	98,3±0,6
Загальне здоров'я (ЗЗ)	81,9±3,9	90±0,9
Життєздатність (Ж)	82±4,6	76,1±1,1
Соціальна роль (СР)	89,8±2,9	98,3±0,8
Емоційна роль (ЕР)	98,4±0,6	66,1±0,8
Психічне здоров'я (ПЗ)	87,8±1,2	87,5±0,5

При порівнянні параметрів ЯЖ у пацієнтів першої групи практично за усіма шкалами відмічаються кращі показники у групі хворих, яким була виконана кросектомія зі склерооблітерацією, що можливо пояснюється меншою травматичністю операції. Проте, емоційна роль та життєздатність, що є елементами психологічного компоненту здоров'я, були вищі у групі хворих, котрим виконана традиційна флебektomia і склали відповідно $98,4 \pm 0,6$ та $82 \pm 4,6$ проти $66,1 \pm 0,8$ та $76,1 \pm 1,1$.

Між тим, показник психічного здоров'я суттєво не відрізнявся в обох групах. Найвищим показником, що склав $98,3 \pm 0,8$ був показник соціальної ролі у групі пацієнтів після кросектомії та склеротерапії, що свідчить про соціальну активність та здатність повноцінно спілкуватися з родичами, друзями, колегами.

Після аналізу результатів опитування пацієнтів другої групи ми отримали наступні результати в залежності від проведеного лікування (табл.2).

Таблиця 2

Показники якості життя хворих із ГВТ II Б типу залежності від виду операційного лікування

Шкали якості життя	Методи лікування	
	Флебektomia+відкрита обробка перфорантів (n=30)	Флебektomia+SEPS (n=7)
Фізична функція (ФФ)	$77,4 \pm 3,7$	$81,1 \pm 0,7$
Фізична роль (ФР)	$63,6 \pm 5,9$	$55,4 \pm 3,4$
Фізичний біль (ФБ)	$85,4 \pm 6,2$	$96,4 \pm 2,1$
Загальне здоров'я (ЗЗ)	$72,1 \pm 6,6$	$85 \pm 1,7$
Життєздатність (Ж)	$72,2 \pm 5,5$	$68,1 \pm 2,3$
Соціальна роль (СР)	$71,1 \pm 4,4$	$78,9 \pm 1,7$
Емоційна роль (ЕР)	$64,1 \pm 7,5$	$66,7 \pm 11,4$
Психічне здоров'я (ПЗ)	$80,7 \pm 4,8$	$89,6 \pm 3,4$

Показники фізичної функції, соціальної та емоційної ролі були не суттєво вищі у групі хворих, де була застосована методика SEPS. Проте шкала фізичного болю ($96,4 \pm 2,1$) була найвищою серед усіх показників в обох групах і відповідно кращою у пацієнтів, котрим була виконана флебektomia у комбінації зі SEPS. Це може бути пов'язаним із мінімізацією операційної травми під час застосування ендоскопічної техніки.

Емоційна роль, що оцінювала емоційний статус хворого, вплив емоцій на повсякденну роботу, поведінку при спілкуванні з оточуючими, мала досить низький показник і практично однаковий в обох групах.

Незважаючи на високий показник фізичного болю, фізична роль, що визначала здатність до виконання типової роботи для певного соціального прошарку хворих склала лише $55,4 \pm 3,4$ у групі пацієнтів, що були прооперовані за допомогою техніки SEPS проти $63,6 \pm 5,9$ у групі із застосуванням відкритого методу обробки перфорантів.

Життєздатність, інтерес до життя практично не змінювалися в обох групах при відносному

зниженні фізичної функції та загального здоров'я у групі хворих, оперованих за допомогою традиційної техніки обробки перфорантів.

Фактор психічного здоров'я страждає в незначній мірі, що у свою чергу може підтверджувати позицію, що варикозна хвороба та її ускладнення насамперед обмежують показники фізичної складової якості життя.

У своїй практичній роботі хірурги традиційно приділяють увагу удосконаленню хірургічних технік. Це, без сумніву, є надзвичайно важливим параметром високої кваліфікації фахівця та в значній мірі запорукою вдалого лікування. Проте, на сьогодні, нам слід сконцентрувати свою увагу на оцінці ЯЖ, як кінцевого етапу хірургічного лікування, з особливим акцентом на психологічний компонент здоров'я, що безпосередньо впливає на фізичні показники.

Висновки. Вивченням якості життя у пацієнтів з гострим варикотромбофлебітом доведено перевагу мініінвазивних хірургічних методик у порівнянні із традиційними операційними втручаннями.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Бебуришвили А.Г. Эндовидеоскопия субфасиального пространства голени при остром варикотромбофлебите / А.Г. Бебуришвили, А.В. Шаталов, А.А. Шаталов // Эндоскопическая хирургия. — 2001. — № 3. — С. 30.
2. Дибиров М. Д. Профилактика и лечение тромбоза поверхностных и глубоких вен нижних конечностей / М. Д. Дибиров // Хирургия. Consilium medicum. — 2004. — Приложение № 1. — С. 6—9.

3. Радикальное хирургическое лечение острого варикотромбофлебита / А.И. Кириенко, А.А. Матюшенко, В.В. Андрияшкин, [та ін.] // Грудная и сердечно-сосудистая хирургия. — 2003. — № 2. — С. 43—48.
4. Середняцкий А. В. Качество жизни больных острым варикотромбофлебитом при склерохирургическом лечении / А. В. Середицкий, Б.С. Суковатых // Флебологическая. Спец. выпуск. VI Конференция Ассоциации флебологов России, Москва, 23-25 мая 2006. — С. 71—72.
5. Хірургічні аспекти класифікації гострого варикотромбофлебіту нижніх кінцівок / В.І. Русин, В.В. Корсак, Ю.А. Левчак [та ін.] // Проблемы, достижения и перспективы развития медицины и биологических наук и практического здравоохранения. Труды Крымского государственного медицинского университета им. С.И. Георгиевского. — 2008. — Т. 144, часть I. — С. 198—200.
6. SF-36 Health Survey. Manual and interpretation guide / [Ware J.E., Snow K.K., Kosinski M., Gandek B]. — The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass., 1993. — 64 p.
7. Ware J.E. SF-36 Physical and Mental Health Summary Scales: A Users Manual / Ware J.E., Kosinski M., Keller S.D. — The Health Institute, New England Medical Center. Boston, Mass., 1994. — 34 p.

P.O. BOLDIZHAR, YU.YU. MÁDI

Uzhgorod National University, Faculty of Medicine, Department of Surgical Disease, Uzhgorod

A LIFE QUALITY COMPARATIVE EVALUATION IN PATIENTS WITH ACUTE VARICOTHROMOPHLEBITIS ACCORDING TO THE SURGICAL TREATMENT TECHNIQUE

The comparative evaluation of the life quality was performed in 91 patient with acute varicthrombophlebitis in the system of the vena saphena magna. According to the modified clinical classification of F. Verrel, F. Stollman (1997) all patients were divided into the two groups: patients with IA type and patients with a II B type. The first group included 37 patients. A traditional phlebectomy was performed in 30 cases, and in 7 – cross-section with the saphenous trunk sclerosation. In a second group 54 patients were included; in 27 cases phlebectomy with the open treatment technique of the perforating veins was done, and in 27 – phlebectomy and SEPS treatment technique. The comparative evaluation of the life quality was conducted in the both groups in dependence on the type of surgical technique.

Key words: acute varicthrombophlebitis, life quality, Sf-36, surgical treatment

Стаття надійшла до редакції: 23.05.2011 р.