



І.М. Гудз¹, В.А. Оринчак¹, Г.В. Дорошенко²

ВПЛИВ ОПЕРАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ НА ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ІЗ ПОСТТРОМБОТИЧНОЮ ХВОРОБОЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК

¹ Івано-Франківський національний медичний університет

² Івано-Франківська обласна клінічна лікарня

Мета роботи — провести порівняльну оцінку результатів хірургічних методів лікування хворих на посттромботичну хворобу (ПТХ) на підставі річного спостереження за якістю життя (ЯЖ).

Матеріали і методи. Проаналізовано результати оперативного лікування 50 пацієнтів з ПТХ нижніх кінцівок (C5—C6, Es, As, p, d, Pr). Хворих рандомізовано на дві приблизно однакові за глибиною порушень венозної гемодинаміки групи: першу групу склали 25 пацієнтів, яким застосовано традиційні методи оперативного втручання — усунення вертикального та горизонтального рефлюксів (кресектомія та венекзerez), другу групу — 25 пацієнтів, у яких кресектомію та венекзerez було поєднано із закритим роз'єднанням перфорантних вен та паратибіальною фасціотомією. Післяопераційне ведення хворих обох груп передбачало постійну адекватну компресійну терапію, а також медикаментозне лікування (виходячи із рекомендацій доказової медицини, хворі тривало приймали оригінальну мікронізовану очищену фракцію флавоноїдів (МОФФ)). ЯЖ вивчали за допомогою опитувальника CIVIQ до оперативного втручання та через 1 рік після операції.

Результати та обговорення. Установлено суттєвий вплив ПТХ на ЯЖ обстежених хворих — констатовано зниження її за всіма чинниками (больовим, фізичним, соціальним та психологічним). Хворі обох клінічних груп до операції вірогідно не відрізнялися щодо ЯЖ. У першій групі пацієнтів через рік після операції обмеження ЯЖ зменшилася за больовим чинником в 1,4 разу ($p < 0,05$), за фізичним — в 1,4 разу ($p < 0,05$), за соціальним — в 1,7 разу ($p < 0,05$), за психологічним — у 1,5 разу ($p < 0,05$), у другій групі зменшення обмеження ЯЖ було суттєвішим — відповідно у 2,1; 2,0; 1,8 та 2,3 разу (усі $p < 0,05$). Порівняльна оцінка пов'язаного із захворюванням загального обмеження ЯЖ виявила низькі показники до операції в обох групах. Після операції обмеження ЯЖ, пов'язане із захворюванням, статистично достовірно зменшилося у першій групі в 1,5 разу, у другій — у 2,1 разу. Через 1 рік після операції у другій групі цей показник був меншим в 1,4 разу порівняно з першою групою ($p < 0,05$).

Висновки. За допомогою опитувальника CIVIQ можна оцінити порушення ЯЖ у пацієнтів з ПТХ. Проведення адекватного оперативного втручання у комбінації з компресійною терапією і тривалим прийомом МОФФ сприяє значному поліпшенню ЯЖ хворих на ПТХ. Застосування паратибіальної фасціотомії та закритого роз'єднання перфорантних вен у комплексі оперативного лікування хворих на ПТХ (C5—C6) є ефективнішим щодо поліпшення ЯЖ порівняно з традиційною хірургічною корекцією порушень венозного кровоплину.

Ключові слова: посттромботична хвороба, оперативне лікування, якість життя.

Хронічні захворювання вен (ХЗВ) залишаються нерозв'язаною проблемою хірургії. У багатьох пацієнтів із ХЗВ діагностують посттромботичну хворобу (ПТХ). Прогресування останньої призводить до виникнення трофічних порушень м'яких тканин кінцівки аж до формування венозних виразок, що є важливою медико-соціальною проблемою. Якщо у світі, за даними VEIN CONSULT program, венозні виразки трапляються у 0,5 % населення, то в Україні цей показник у 5–6 разів вищий [3]. Венозні трофічні виразки стають не лише причиною фізичних страждань пацієнтів, а й створюють серйозні психологічні проблеми [1, 4, 5]. Великі витрати на лікування, висока частота інвалідизації та песимізм багатьох лікарів посилюють інтерес до цієї проблеми.

Традиційно ступінь тяжкості ХЗВ оцінюють за такими критеріями, як наявність больових відчуттів, відчуття тяжкості у нижніх кінцівках, набряк, стомлюваність, трофічні зміни, але це — біомедичні критерії, які не дають змоги визначити соціомедичний статус пацієнта до та після лікування, тобто оцінити ефективність лікарських маніпуляцій. Суб'єктивна оцінка пацієнтами самопочуття не завжди збігається з об'єктивними показниками. Останнім часом у клінічних дослідженнях ефективності лікування почали використовувати такий показник, як якість життя (ЯЖ) пацієнта.

Методи оцінювання ЯЖ хворих прості та економічні. Найпоширеніший спосіб вивчення ЯЖ є опитувальники. Вони бувають загальні та специфічні. Загальні опитувальники використовують для оцінки ЯЖ як у здорових осіб, так і в осіб з різними захворюваннями. До загальних опитувальників, які найчастіше застосовують для оцінки ЯЖ, належать Sickness Impact Profile, McMaster Health Index Questionnaire, Nottingham Health Profile, General Health Rating Index, Quality of Life Index, Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form Health Status (SF-36), EuroQoL-5D. Недоліком загальних опитувальників є неможливість урахувати симптоми та зміни ЯЖ, притаманні окремим захворюванням, тому вони недостатньо чутливі при застосуванні у разі конкретної нозологічної одиниці. Окрім того, результати дослідження можуть змінюватися під впливом чинників, не пов'язаних із хворобою, яку досліджують. Саме тому для вивчення ЯЖ при конкретних нозологічних одиницях використовують специфічні опитувальники. Вони можуть містити характерні для певного захворювання чи групи захворювань запитання або оцінюють якусь одну категорію ЯЖ. Для хворих специфічні опитувальники більш зрозумілі, вони зазвичай коротші, надійність їх результатів вища, що доведено низкою досліджень. Специфічні опитувальники є прийнятнішими для оцінки впливу лікування на ЯЖ. Для оцінки пов'язаної зі здоров'ям ЯЖ хворих на ХЗВ у Паризькій лабораторії суспільного здоров'я було роз-

роблено опитувальник CIVIQ (chronic insufficiency venous international questions) [8].

Мета роботи — провести порівняльну оцінку результатів хірургічних методів лікування хворих на посттромботичну хворобу на підставі річного спостереження за якістю життя.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Проаналізовано результати опитування 50 пацієнтів, які перебували на лікуванні у відділенні судинної хірургії Івано-Франківської ОКЛ у період з 2008 до 2011 р. з приводу ПТХ нижніх кінцівок (C5—C6, Es, As, p, d, Pr). Окрім фізикального та загальноклінічних методів обстеження, всім хворим для виявлення наявності й оцінки вираженості венозних рефлюксів чи оклюзій у глибоких і поверхневих венах ураженої кінцівки проводили дуплексне обстеження. Вік хворих становив від 25 до 76 років.

Пацієнтів рандомізовано на дві приблизно однакові за характером порушення венозного кровоплину групи. До першої групи залучено 25 хворих, яким для усунення вертикального та горизонтального рефлюксів застосували традиційні методи оперативного втручання (кресектомію та венекзез). Другу групу склали 25 хворих, у яких для корекції порушень венозного кровоплину в комплексі оперативного лікування застосовано закриті роз'єднання перфорантних вен та фасціотомію. Обґрунтуванням для застосування останньої були як дані літератури, так і власні результати, які свідчать про розвиток на пізніх стадіях ПТХ хронічного компартмент-синдрому із порушенням функції м'язової помпи [2]. Для проведення закритого роз'єднання використано оригінальну методику та розроблені нами інструменти (патенти України № 29760 «Пристрій для роз'єднання фасцій» та № 46002 «Пристрій для роз'єднання перфорантних вен»). В обох групах не було хворих, яким проводили автодермопластику виразкового дефекту. Післяопераційне ведення хворих обох груп передбачало постійну адекватну компресійну терапію, а також медикаментозне лікування. При виборі останнього керувалися рекомендаціями світових флебологічних товариств щодо патогенетично обґрунтованого тривалого застосування оригінальної мікронізованої очищеної фракції флавоноїдів (МОФФ) у пацієнтів із симптомами ХЗВ та зокрема наявністю трофічних розладів шкіри [7]. В Україні оригінальну МОФФ зареєстровано під торговою назвою «Детралекс».

Вивчення ЯЖ проводили після госпіталізації хворого в стаціонар до оперативного втручання та через рік після операції. ЯЖ вивчали за допомогою опитувальника CIVIQ, який містить 20 запитань і оцінює суб'єктивні відчуття пацієнта протягом останніх 4 тиж. Оцінювали загальний індекс ЯЖ та її складові: больовий (4 запитання), фізичний (4 запитання), соціальний (3 запитання) та

психологічний (9 запитань) чинники. Відповідь на запитання необхідно було оцінити по 5-бальній системі: 1 бал — немає скарг, 2 бали — вираженість скарг легка або вони поодинокі, 3 бали — вираженість середня або часта, 4 бали — вираженість сильна або дуже часті, 5 балів — дуже сильна або постійна. За сумою балів оцінювали ЯЖ пацієнтів протягом останніх 4 тиж. Оскільки сума балів за кожним чинником залежить від кількості запитань, то суми балів складно порівнювати, тому абсолютні бали переводили у відносну шкалу зі значеннями від 0 до 100 % за формулою:

$$X = \frac{a - b}{c - b} \cdot 100 \%,$$

де X — індекс ЯЖ; a — реальна сума балів; b — теоретично мінімальна сума балів; c — теоретично максимальна сума балів.

З огляду на те, що гірший ЯЖ відповідає більший бал, при характеристиці впливу показника використано термін «обмеження ЯЖ, пов'язане із захворюванням».

Статистичну обробку отриманих результатів проводили з використанням програми статистичного аналізу Statistica.

РЕЗУЛЬТАТИ ТА ОБГОВОРЕННЯ

При порівнянні двох клінічних груп виявлено провідну роль больового чинника в ЯЖ хворих на ПТХ. За цим показником до операції обидві групи вірогідно не відрізнялися ($p > 0,05$). Через 1 рік після операції відбулася суттєва корекція порушень венозного кровоплину, що сприяло значному поліпшенню ЯЖ. Так, у пацієнтів 1-ї групи обмеження ЯЖ у зв'язку з больовим чинником після операції зменшилося в 1,4 разу ($p < 0,05$), у хворих 2-ї групи — у 2,1 разу ($p < 0,05$). Пацієнтів менше турбував біль у стопах чи ногах, зменшився його вплив на трудову діяльність або спосіб життя, сон пацієнтів, вони могли більше часу проводити на ногах, ніж до операції (рис. 1).

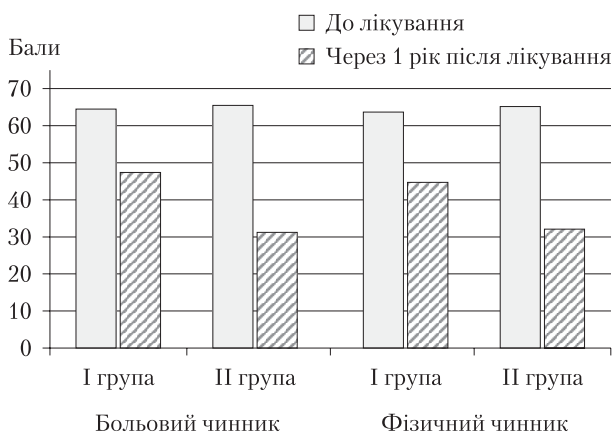


Рис. 1. Обмеження ЯЖ у зв'язку з больовим та фізичним чинниками у пацієнтів з ПТХ до та після оперативного лікування

Вивчення ролі фізичного чинника до операції засвідчило суттєве зниження ЯЖ за цим чинником в обох групах, різниця між групами була невірогідною ($p > 0,05$). Нами також констатовано позитивний вплив операції на ЯЖ за цим показником. Так, у 1-й групі обмеження ЯЖ у зв'язку з фізичним чинником через рік після операції зменшилося порівняно з доопераційними даними в 1,4 разу ($p < 0,05$), у 2-й групі — вдвічі ($p < 0,05$). Пацієнти 2-ї групи відзначали вираженіше зниження ролі фізичного чинника: поліпшилася можливість підніматися сходами, присідати, швидкої ходьби, виконання певної домашньої роботи (див. рис. 1).

Порівняння обох клінічних груп за соціальним чинником до операції виявило його суттєвий вплив на ЯЖ, різниця між групами була невірогідною. У пацієнтів 1-ї групи обмеження ЯЖ у зв'язку із соціальним чинником через рік після операції порівняно з доопераційним періодом зменшилося в 1,7 разу ($p < 0,05$), у 2-й групі — в 1,8 разу ($p < 0,05$). Таким чином, після операції обмеження ЯЖ у зв'язку із соціальним чинником (проїзд у громадському транспорті, в автомобілі, участь у громадських заходах, заняття спортом чи виконання певних фізичних навантажень) суттєво зменшилося, проте вірогідної відмінності між групами не виявлено (рис. 2).

Вивчення ролі психологічного чинника до операції засвідчило його значний вплив на ЯЖ, проте різниця між групами була невірогідною ($p > 0,05$). Роль психологічного чинника виявлялася в тому, що пацієнти соромилися вигляду своїх ніг, відчували себе обділеними, легко дратувалися та швидко втомлювалися, вони відчували себе тягарем для оточення, їм складно було почати якусь роботу. Проте через рік після операції обмеження ЯЖ у зв'язку з психологічним чинником достовірно зменшилося у пацієнтів 1-ї групи у 1,5 разу, у 2-й групі — у 2,3 разу (див. рис. 2).

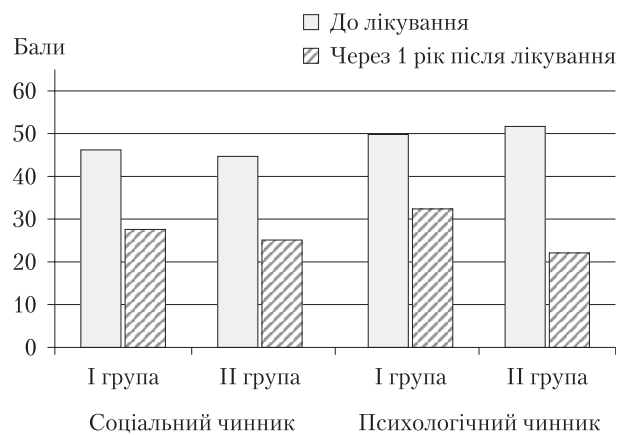


Рис. 2. Обмеження ЯЖ у зв'язку із соціальним та психологічним чинниками у пацієнтів з ПТХ до та після оперативного лікування

Т а б л и ц я
Обмеження ЯЖ, пов'язане із захворюванням,
у пацієнтів з ПТХ до та після оперативного лікування

Група	До операції, %	Після операції, %	p
1-ша	56,1 ± 6,0	38,0 ± 4,0	< 0,05
2-га	56,8 ± 6,0	27,6 ± 4,0	< 0,05

Вивчення пов'язаного із захворюванням загального показника обмеження ЯЖ обох груп виявило в доопераційний період його значні відхилення від норми (таблиця). Після проведеного оперативного лікування у хворих обох груп відзначено достовірне зниження загального показника обмеження ЯЖ: у 1-й групі — в 1,4 разу, у 2-й — у 2,1 разу, при цьому показник 2-ї групи був більшим в 1,37 разу ($p < 0,05$) порівняно з 1-ю групою.

Отримані результати переконливо свідчать про позитивний вплив оперативної корекції порушень венозної гемодинаміки на ЯЖ пацієнтів із ПТХ. Якщо доказовість ефективності усунення вертикального рефлюксу (оперативним або ендотермальними методами) сумнівів не викликає, то питання щодо ролі перфорантних вен у прогресуванні та рецидивах ПТХ останніми роками дискутується. Так, останні спільні рекомендації Американського товариства судинної хірургії та Американського венозного форуму виділяють втручання на перфорантних венах як «спеціальну венозну проблему» [6]. На підставі оглядів рандомізованих досліджень, а також Північноамериканського реєстру SEPS (субфасціальна ендоскопічна хірургія перфорантних вен) зроблено висновок, що попри низку переваг SEPS над відкритою хірургією цю методику можна використовувати із класом доказів II, С. Т. Luebcke і J. Brunkwall [9] провели метааналіз публікацій за 1985—2008 рр. щодо наслідків застосування SEPS при недостатності перфорантних вен. Установлено, що відкрита хірургія порівняно із зазначеною методикою асоціюється з вищою часткою інфекційних ускладнень, тривалішим перебуванням хворого у стаціонарі, більшою

частотою рецидивів виразок, проте відмінностей щодо повторної госпіталізації хворих та швидкості загоєння виразок не виявлено. Є дані, які свідчать про недосконалість SEPS щодо виявлення і перев'язки недостатніх перфорантних вен [10]. Ми проводили закриті (сліпе) роз'єднання перфорантних вен, не використовуючи вартісну апаратури. Незважаючи на відносну травматичність методу, ми не зафіксували великих гематом субфасціального простору (пересічення перфорантних вен). В окремих хворих під час дуплексного обстеження через рік виявлено поодинокі перфорантні вени (навіть при загоєній виразці). Майже у всіх хворих 2-ї групи вдалося досягти загоєння трофічних виразок, проте це не є аргументом на користь цієї методики, оскільки хворим проводили ще кросектомію та стріпінг. Можливо, успіх лікування зумовлений проведенням закритої паратибіальної фасціотомії, що дало змогу усунути хронічний компартмент-синдром та поліпшити функцію м'язової помпи (отримані нами в іншому дослідженні результати свідчать про позитивний вплив фасціотомії при C5—C6 на зниження венозної гіпертензії у литкових венах).

ВИСНОВКИ

За допомогою опитувальника CIVIQ можна оцінити глибину порушення якості життя у пацієнтів із хронічними захворюваннями вен. Установлено, що посттромботична хвороба призводить до виражених обмежень у соціальному житті, психологічного дискомфорту, значних больових та фізичних страждань.

Проведення адекватного оперативного втручання у комбінації з компресійною терапією і тривалим прийомом оригінальної мікронізованої очищеної фракції флавоноїдів сприяє значному поліпшенню якості життя хворих на посттромботичну хворобу. Застосування паратибіальної фасціотомії і закритого роз'єднання перфорантних вен у комплексі оперативного лікування хворих на посттромботичну хворобу є ефективнішим щодо поліпшення якості життя порівняно з традиційною хірургічною корекцією порушень венозного кровоплину.

Література

- Алексеев К.И., Старков Ю.Г., Шишин К.В. Субфасциальная эндоскопическая диссекция перфорантных вен голени в лечении хронической венозной недостаточности // Хирургия.— 2006.— № 9.— С. 71—75.
- Климова Е.А. Хроническая венозная недостаточность и методы ее лечения // Рус. мед. журн.— 2009.— Т. 17, № 12.— С. 828—832.
- Кобза И.И., Мишалов В.Г. Терапия и профилактика осложненной варикозной болезни // Здоров'я України.— 2012.— № 1.— С. 14—16.
- Котенко К. Эпидемиология и терапия хронических заболеваний вен // Здоров'я України.— 2012.— № 2.— С. 2—3.
- Gloviczki P. Subfascial endoscopic perforator vein surgery: indications and results // Vasc. Med.— 1999.— Vol. 4, N 3.— P. 173—180.
- Gloviczki P., Comerota A.J., Dalsing M.C. et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum // J. Vasc. Surg.— 2011.— Vol. 53, N 16S.— P. 2—48.
- Handbook of venous disorders (Guidelines of the American Venous Forum) / Ed. by P. Glovizki.— London: Hodder Arnold, 2009.— 744 p.
- Launois R., Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ) // Qual. Life Res.— 1996.— N 5.— P. 539—554.
- Luebcke T., Brunkwall J. Meta-analysis of subfascial endoscopic perforator vein surgery (SEPS) for chronic venous insufficiency // Phlebology.— 2009.— Vol. 24, N 1.— P. 8—16.
- Sonnenberg S. et al. Results of subfascial endoscopic perforator vein surgery without perioperative marking of perforator veins // Phlebology.— 2006.— Vol. 21, N 1.— P. 50—52.

І.М. Гудз, В.А. Оринчак, Г.В. Дорошенко

ВЛИЯНИЕ ОПЕРАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ ПАЦИЕНТОВ С ПОСТТРОМБОТИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Цель работы — провести сравнительную оценку результатов хирургических методов лечения больных посттромботической болезнью (ПТБ) на основании годового наблюдения за качеством жизни (КЖ).

Материалы и методы. Проанализированы результаты оперативного лечения 50 пациентов с ПТБ нижних конечностей (C5—C6, Es, As, p, d, Pr). Больные были рандомизированы на две примерно одинаковые по глубине нарушений венозной гемодинамики группы: первую группу составили 25 пациентов, у которых применили традиционные методы оперативного вмешательства — устранение вертикального и горизонтального рефлюксов (кроссектомия и венэкзез), вторую группу — 25 пациентов, у которых кроссектомия и венэкзез были дополнены закрытым разьединением перфорантных вен и паратиббиальной фасциотомией. Послеоперационное ведение больных обеих групп включало постоянную адекватную компрессионную терапию, а также медикаментозное лечение (исходя из рекомендаций доказательной медицины, больные длительно принимали оригинальную микронизированную очищенную фракцию флавоноидов (МОФФ)). КЖ изучали с помощью опросника CIVIQ до оперативного вмешательства и через 1 год после операции.

Результаты и обсуждение. Установлено существенное влияние ПТБ на КЖ обследованных больных — констатировано снижение ее по всем факторам (болевого, физического, социального и психологического). Больные обеих клинических групп до операции достоверно не отличались по КЖ. В первой группе через год после операции ограничение КЖ уменьшилось по болевому фактору — в 1,4 раза ($p < 0,05$), по физическому — в 1,4 раза ($p < 0,05$), по социальному — в 1,7 раза ($p < 0,05$), по психологическому — в 1,5 раза ($p < 0,05$), во второй группе уменьшение ограничения КЖ было более существенным — соответственно в 2,1; 2,0; 1,8 и 2,3 раза (все $p < 0,05$). Сравнительная оценка связанного с заболеванием общего ограничения КЖ также выявила его низкие показатели до операции в обеих группах. После операции ограничение КЖ, связанное с заболеванием, статистически достоверно уменьшилось: в первой группе пациентов — в 1,5 раза, во второй — в 2,1 раза. Через 1 год после операции во второй группе этот показатель был больше в 1,4 раза по сравнению с первой группой ($p < 0,05$).

Выводы. С помощью опросника CIVIQ можно оценить глубину нарушения КЖ у пациентов с ПТБ. Проведение адекватного оперативного вмешательства в сочетании с компрессионной терапией и длительным приемом МОФФ способствует значительному улучшению КЖ больных ПТБ. Применение паратиббиальной фасциотомии и закрытого разьединения перфорантных вен в комплексе оперативного лечения больных с ПТБ (C5—C6) является более эффективным относительно улучшения КЖ, чем традиционная хирургическая коррекция нарушений венозного кровотока.

Ключевые слова: посттромботическая болезнь, оперативное лечение, качество жизни.

I.M. Gudz, V.A. Orynychak, G.V. Doroshenko

OPERATIVE TREATMENT EFFECT ON QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH POST-THROMBOTIC DISEASE OF LOWER EXTREMITIES

The aim — to make a comparative assessment of the surgical treatment results in patients with post-thrombotic disease (PTB) on the basis of the annual monitoring of the quality of life (QoL).

Materials and methods. The surgical treatment results of 50 patients with lower extremities PTB (C5—C6, Es, As, p, d, Pr) were analyzed. Patients were randomized into two approximately equal by impaired venous hemodynamics groups: the first group consisted of 25 patients who used the traditional methods of surgery — vertical and horizontal reflux removal (crossectomy and vein extirpation), the second group — 25 patients with crossectomy and vein extirpation were complemented by a closed perforating vein dissection and paratibial fasciotomy. Postoperative management of patients in both groups and ongoing adequate compression therapy, and medication (based on the recommendations of evidence-based medicine, patients taking long-term original micronized purified flavonoid fraction (MPFF)). QoL was studied by means of questionnaire CIVIQ before surgery and at 1 year after surgery.

Results and discussion. A significant effect of PTB on QoL of the patients — reducing of all its stated factors (pain, physical, social and psychological) was found. Patients in both clinical groups before surgery did not differ significantly on QoL. In the first group one year after the operation restriction decreased QoL in connection: with the pain factor — at 1.4 times ($p < 0.05$), with the physical factor — at 1.4 times ($p < 0.05$) with social factor — by 1.7 times ($p < 0.05$), the psychological factor — in 1.5 times ($p < 0.05$) in the second group the reduction of QoL restrictions was more significant — in 2.1, 2.0, 1.8 and 2, 3 times (all $p < 0.05$) respectively. Comparative assessment of disease-related quality of life overall limit has also revealed its low before surgery in both groups. After the operation the constraint QoL associated with the disease, significantly decreased: in the first group of patients — by 1.5 times, the second — by 2.1 times. 1 year after the operation, in the second group the figure was more than 1.4 times in comparison with the first group ($p < 0.05$).

Conclusions. With the help of the CIVIQ questionnaire can appreciate the depth of QoL violation in patients with PTB. Carrying out adequate surgery in combination with compression therapy and duration of MPFF a significant improvement in quality of life of patients with PTB. Paratibial fasciotomy and closed perforating vein dissection application in the complex surgical treatment in patients with PTB (C5—C6) is more effective for the quality of life improvement than the traditional venous flow surgical correction.

Key words: post-thrombotic disease, surgery, quality of life.