



О. В. Марченко, М. Б. Горобейко, Т. Ю. Юзвенко, З. Г. Крушинська
Український науково-практичний центр ендокринної хірургії,
трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України, Київ

ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ЦУКРОВИЙ ДІАБЕТ ІЗ СИНДРОМОМ ДІАБЕТИЧНОЇ СТОПИ ДО ЛІКУВАННЯ ТА У ВІДДАЛЕНИЙ ПЕРІОД

Мета роботи — дослідити аспекти якості життя хворих на цукровий діабет, ускладнений синдромом діабетичної стопи, котрі впливають на лікування та реабілітацію.

Матеріали і методи. В період з 2017 до 2018 р. обстежено 198 хворих на цукровий діабет 2 типу із синдромом діабетичної стопи з ранами після оперативних втручань на рівні стопи з приводу гнійно-некротичних ускладнень. Чоловіків було 97 (49 %), жінок — 101 (51 %). Середній вік пацієнтів становив $(59,2 \pm 2,7)$ року (39—76 років). Тривалість цукрового діабету дорівнювала в середньому $(11,8 \pm 2,7)$ року. Для оцінки якості життя використовували опитувальник EuroQol EQ-5D-5L, який оцінює стан здоров'я за 5 компонентами якості життя: рухливість, догляд за собою, повсякденна діяльність, біль та дискомфорт, тривожність і депресія. На кожне запитання є 5 варіантів відповіді залежно від ступеня вираженості проблеми (відсутність проблеми, незначні проблеми, проблема середнього ступеня тяжкості, значні проблеми, великі проблеми). Для суб'єктивної оцінки стану здоров'я застосовували візуальну аналогову шкалу.

Результати та обговорення. Виявлено статистично значуще зниження показників якості життя, а також психологічного компонента якості життя. Завдяки лікуванню та критичному відношенню до свого стану частота скарг зменшилася з 57,0 % (на початку лікування) до 50,5 % через 12 міс ($p = 0,058$). Відзначено поліпшення адаптації, що також сприяло зменшенню кількості скарг ($p < 0,05$). За іншими показниками якості життя (загальний стан здоров'я, фізичне функціонування, інтенсивність болю, рівень депресії) виявлено статистично значуще зниження як у чоловіків, так і у жінок. Установлено відсутність кореляції між середнім балом за візуальною аналоговою шкалою та результатами самооцінки за EuroQol EQ-5D-5L.

Висновки. Більшість хворих не можуть самостійно об'єктивно оцінити тяжкість свого стану, особливо на початку лікування. Не встановлено чіткого взаємозв'язку між суб'єктивною клінічною оцінкою стану здоров'я та наявністю окремих скарг у пацієнтів. У результаті лікування достовірно суб'єктивно зменшився біль і дискомфорт у нижніх кінцівках (з 46 до 26 %), а також проблеми з пересуванням (з 41 до 32 %). Зменшення частки пацієнтів з тривожністю та депресією (з 53 до 39,4 %) залежало від симптоматичного та патогенетичного лікування.

■

Ключові слова: цукровий діабет, синдром діабетичної стопи, якість життя.

Одним з основних ускладнень цукрового діабету, яке значно впливає на якість життя, є синдром діабетичної стопи (СДС). За оцінками, СДС виникає у 15—25 % хворих на цукровий діабет протягом життя [5, 8]. СДС є основною причиною ампутації нижніх кінцівок та основним детермінантом інвалідності [9]. Ця проблема стосується як самих пацієнтів, так і членів їх сімей, осіб, які доглядають за пацієнтом та допомагають йому впоратися з фізичними та емоційними труднощами. СДС — важливий чинник смертності у хворих на цукровий діабет. Він також знижує якість їх

життя [3, 10]. Наприклад, втрата рухливості впливає на здатність пацієнта виконувати прості повсякденні завдання, проводити дозвілля та часто призводить до депресії.

У пацієнтів із СДС критеріями ефективності лікування і реабілітації є виживаність, смертність, частота рецидивів, повторна потреба в оперативному втручанні та якість життя.

За визначенням ВООЗ якість життя — це характеристика фізичного, психологічного, емоційного та соціального стану, в основі якого лежить його суб'єктивне сприйняття [2]. Для оцінки якості

життя використовують опитувальник EuroQol EQ-5D-5L (version 1.0, 2011) [1]. Вивчення якості життя у пацієнтів із СДС становить інтерес щодо вибору тактики лікування, реабілітації, адаптації до повсякденної діяльності та психологічної адаптації.

Упродовж останнього десятиліття проведено велику кількість досліджень, які показали, що наявність СДС негативно впливає на можливість працевлаштування, погіршує економічний стан, оскільки близько 50 % осіб не в змозі працювати внаслідок виразкових дефектів стоп [4]. Основна проблема, яку обговорюють у літературних джерелах, полягає в тому, що обмеження рухливості призводить до різних емоційних порушень та соціальної ізоляції [6]. У дослідженнях також підкреслюється, що фахівці в галузі охорони здоров'я мають усвідомлювати труднощі, з якими стикаються особи, які страждають на СДС [7].

Мета роботи — дослідити аспекти якості життя хворих на цукровий діабет, ускладнений синдромом діабетичної стопи, які впливають на лікування та реабілітацію.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ

Дослідження проведено на базі Українського науково-практичного центру ендокринної хірургії, трансплантації ендокринних органів і тканин МОЗ України.

У дослідження було залучено 198 пацієнтів з цукровим діабетом 2 типу із СДС, які зазнали хірургічних втручань (від дебрідмента до низьких ампутацій). Середній вік пацієнтів становив $(59,2 \pm 2,7)$ року (39—76 років). Чоловіків було 97 (49 %), жінок — 101 (51 %). Тривалість цукрового діабету дорівнювала в середньому $(11,8 \pm 2,7)$ року.

Компенсацію вуглеводного обміну оцінювали шляхом визначення HbA1c та систематичного контролю за рівнем глікемії. Середній рівень HbA1c становив $(8,7 \pm 1,7)$ %.

Усім пацієнтам проведено загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, розгорнутий біохімічний аналіз крові з використанням стандартних методів лабораторної діагностики.

Для оцінки якості життя використовували опитувальник EuroQol EQ-5D-5L, який є стандартизованим показником стану здоров'я, розробленим the Euroqol group, та оцінює стан здоров'я за 5 компонентами якості життя: рухливість, догляд за собою, повсякденна діяльність, біль та дискомфорт, тривожність і депресія. На кожне запитання є 5 варіантів відповіді залежно від ступеня вираженості проблеми (відсутність проблеми, незначні проблеми, проблема середнього ступеня тяжкості, значні проблеми, великі проблеми). Анкети пацієнти заповнювали самостійно та анонімно.

Для суб'єктивної оцінки стану здоров'я застосовували візуальну аналогову шкалу (ВАШ), яка дає змогу пацієнту самостійно оцінити стан здоров'я від 0 (абсолютно незадовільний стан здоров'я) до 100 (абсолютне благополуччя) балів.

Досліджували динаміку скарг та суб'єктивної оцінки залежно від етапу лікування.

Використовували карту спостереження, в яку вносили дані щодо клінічного стану пацієнта, тривалості цукрового діабету, СДС і лікування, а також основні демографічні дані, зокрема вік, стать, освіта, місце проживання та сектор зайнятості.

Статистичну обробку даних проводили за допомогою програм SPSS и Excel «статистичний пакет для суспільних наук». Для оцінки статистичної значущості різниці використовували t-критерій Стьюдента, критерії Вілкоксона і Спірмена. Статистично значущою вважали різницю за умови, що $p < 0,05$.

РЕЗУЛЬТАТИ

У цілому виявлено суттєве погіршення якості життя осіб із СДС. Більшість пацієнтів відзначали наявність проблем по всіх компонентах якості життя в усі періоди дослідження (рис. 1).

Частота проблем у повсякденній діяльності до лікування, в найближчий період після лікування та через 12 міс мало змінилася (із 72,2 до 67,7 %). Друга проблема, на яку найчастіше звертали увагу пацієнти, є догляд за собою. Завдяки лікуванню та критичному відношенню до свого стану цей показ-

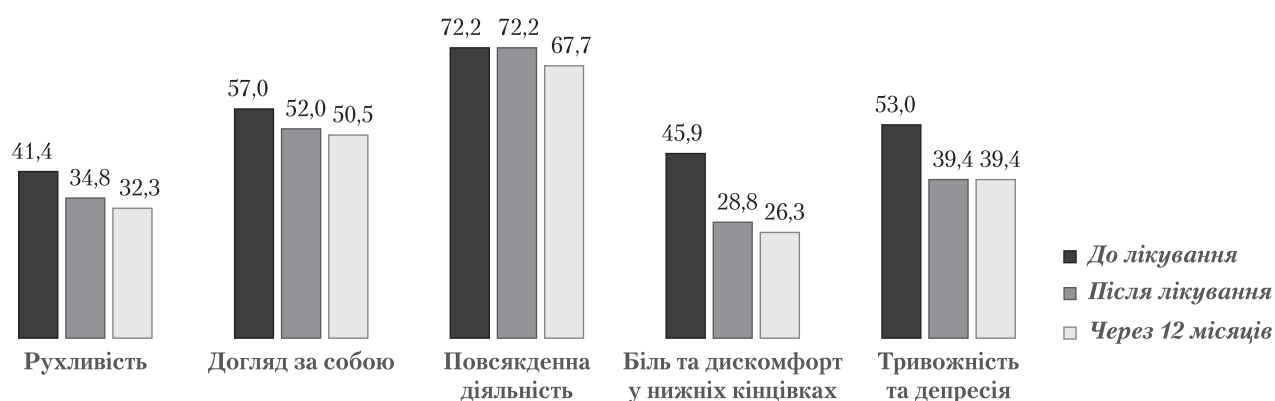


Рис. 1. Динаміка оцінки якості життя за результатами анкетування за опитувальником EuroQol EQ-5D-5L

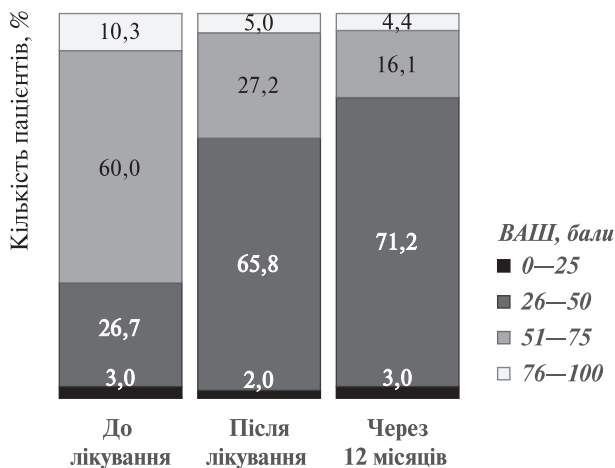


Рис. 2. Динаміка суб'єктивної оцінки пацієнтами якості життя за візуальною аналоговою шкалою

ник статистично значущо відрізнявся через 12 міс від початкового (57,0 та 50,5 %, $p = 0,048$). Завдяки поліпшенню адаптації частота скарг на обмеження рухливості зменшилася і через 12 міс різниця між показниками досягла рівня статистичної значущості. Після лікування зменшилася частота болю та дискомфорту в нижніх кінцівках (до лікування — 45,9 %, після лікування — 28,8 %, $p = 0,017$), а також скарги на тривожність і депресію (відповідно 53 і 39,4 %, $p = 0,038$). Більшість пацієнтів відзначили негативні наслідки СДС та їх соціальну роль. Одна особа повідомила, що обмеження рухливості протягом останніх років спричинило депресію, тому вона попросила виконати ампутацію. З опитаних 30 % повідомили, що відчувають розчарування, гнів і провину внаслідок обмежень, які виникли через хворобу.

Середній показник за ВАШ на початку лікування становив ($66,6 \pm 21,8$) бала, медіана — ($62,0 \pm 19,4$) бала (рис. 2).

Результати аналізу не виявили зв'язку між оцінкою життя та віком пацієнтів.

Якщо на початку лікування хворі часто не усвідомлювали тяжкість свого стану і попри вираже-

ність симптоматики діабетичної нейропатії, ангіопатії, обмеження повсякденної діяльності, проблеми з рухливістю, загальний свій стан за ВАШ оцінювали оптимістично: від 76 до 100 балів у 10,6 % випадків, від 51 до 75 балів — у 60 %. Однак після лікування ситуація кардинально змінилася через усвідомлення пацієнтами тяжкості стану та інформування медичним персоналом хворих про перспективи перебігу хвороби. Симптоматичне і патогенетичне лікування зменшило тяжкість діабетичної полінейропатії та енцефалопатії. Пацієнти почали критичніше ставитися до себе, що зумовило зростання більш ніж у 1,5 разу кількості хворих, які оцінювали свій стан 26–50 балами, і більш ніж удвічі зменшення кількості осіб, котрі оцінювали свій стан більш ніж 75 балами. Через 12 міс після початку лікування кількість хворих, які оцінювали свій стан 0–25 і 76–100 балами практично не змінилася, але збільшилася кількість осіб, які оцінювали свій стан 26–50 балами.

Проаналізовано результати анкетування окремо у чоловіків та жінок (рис. 3).

Кількість хворих з проблемами рухливості була практично однаковою в групах чоловіків та жінок. Частота тривожності та депресії у жінок була в 3 рази вищою, ніж у чоловіків, що насамперед пов'язано не лише з проблемами на роботі і можливою втратою працездатності, а й зі страхом втратити родину, що для жінок є важливішим наслідком. Проблеми у повсякденній діяльності нестатистично значущо частіше виникали у чоловіків, проте і чоловіки, і жінки вказували на використання маніпуляцій щодо стану свого здоров'я, як аргумент зменшення домашньої роботи.

ОБГОВОРЕННЯ

Звертає увагу те, що кількість скарг щодо болю та дискомфорту в нижніх кінцівках значно відрізнялася від загальних уявлень щодо поширення больової форми нейропатії. Більш ніж у 50 % випадків спостерігали наявність зазначених симптомів серед жінок та у 32 % випадків — серед чоловіків.

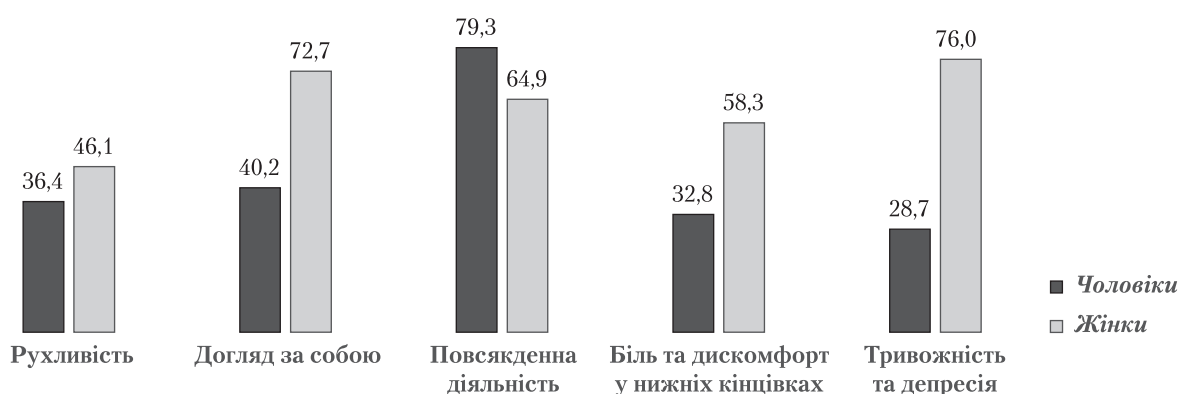


Рис. 3. Динаміка оцінки якості життя чоловіків та жінок за результатами анкетування за опитувальником EuroQol EQ-5D-5L

Статистично значущу різницю між жінками та чоловіками за скаргами щодо догляду за собою можна пояснити різним тлумаченням цього терміна. Догляд за собою у чоловіків передбачає виконання елементарних гігієнічних процедур, у жінки також проведення косметологічних процедур за межами житла (відвідування перукарні тощо).

Цікавим є відсутність кореляції між суб'єктивною деталізованою оцінкою та загальною суб'єктивною оцінкою у пацієнтів. Наприклад, до лікування пацієнти зі значними скаргами оцінювали свій стан за ВАШ 50—80 балами, зокрема 60 % пацієнтів — 75—80 балами, тоді як оцінка якості життя за опитувальником EuroQoL EQ-5D-5L показала істотний розкид значень. Це свідчить про незворотність патологічних процесів СДС, з одного боку, та критичніше ставлення пацієнтів до оцінки свого стану здоров'я. Протягом року 5 пацієнтів втратили роботу, виконано ампутації 6 особам, з них 2 високі та 4 низькі.

Більшість пацієнтів скептично ставляться до запланованих схем лікування через загальне протресування хвороби попри всі методи лікування.

Більшість пацієнтів (80 %) відзначили постійний конфлікт та напруження у спілкуванні з оточуючими та усвідомлювали, що ініціаторами конфлікту найчастіше були саме вони.

Під час лікування зростає усвідомлення тяжкості та незворотності хвороби, навіть при тимчасовому об'єктивному поліпшенні стану. Жінки критичніше ставилися до свого здоров'я на всіх етапах лікування.

Проблема полягає не лише в обмеженні рухливості пацієнта: 50 % опитаних осіб не працюють унаслідок СДС, решта опитаних повідомили, що їх

кар'єрні перспективи є обмеженими. Необхідно також урахувати фінансові витрати, пов'язані безпосередньо з лікуванням (госпіталізація, придбання препаратів та ортопедичного взуття); 10 осіб повідомили, що боялися втратити роботу і не змогли дотримуватися порад лікаря, але зрештою усвідомили, що збереження кінцівки є пріоритетним завданням.

Є потреба у масштабних дослідженнях для розуміння того, наскільки важливе значення має СДС, і визначення, чи потрібна додаткова соціально-економічна підтримка з боку держави для цієї групи пацієнтів.

Важливо, щоб медичні спеціалісти зрозуміли, що при лікуванні індивідуума із СДС необхідно застосовувати цілісний підхід для оцінки загальної якості життя.

ВИСНОВКИ

Більшість хворих не можуть самостійно об'єктивно оцінити тяжкість свого стану, особливо на початку лікування.

Не встановлено чіткого взаємозв'язку між суб'єктивною клінічною оцінкою стану здоров'я та наявністю окремих скарг у пацієнтів.

У результаті лікування достовірно суб'єктивно зменшився біль і дискомфорт у нижніх кінцівках (з 46 до 26 %), а також проблеми з пересуванням (з 41 до 32 %).

Зменшення частки пацієнтів з тривожністю та депресією (з 53 до 39,4 %) залежало від симптоматичного та патогенетичного лікування.

У разі залучення більшої кількості пацієнтів динаміка оцінки повсякденної діяльності та проблем догляду за собою буде більш суттєвою та статистично значущою.

Конфлікту інтересів немає.

Участь авторів: концепція і дизайн дослідження, обробка матеріалу, написання тексту — О. М., М. Г.; збір матеріалу — О. М., М. Г., Т. Ю., З. К.

Література

1. Свиридов М.В., Горобейко М.Б. Діабетична стопа під контролем // Клінічна ендокринологія та ендокринна хірургія. — 2018. — № 1 (61). — С. 85—89.
2. Brownrigg J. R., Davey J., Holt P. J. et al. The association of ulceration of the foot with cardiovascular and all-cause mortality in patients with diabetes: a meta-analysis // Diabetologia. — 2012. — N 55 (11). — P. 2906—2912. doi: 10.1007/s00125-012-2673-3.
3. Ghanassia E., Villon L., Thuan Dit Dieudonné J. F. et al. Long-term outcome and disability of diabetic patients hospitalized for diabetic foot ulcers: a 6.5-year follow-up study // Diabetes Care. — 2008. — N 31 (7). — P. 1288—1292. doi: 10.2337/dc07-2145.
4. Reiber G. E. The epidemiology of diabetic foot problems // Diabet Med. — 1996. — N 13 (Suppl. 1). — P. 6—11.
5. Ribu L., Birkeland K., Hanestad B. R. et al. A longitudinal study of patients with diabetes and foot ulcers and their health-related quality of life: wound healing and quality-of-life changes // J. Diabetes Complications. — 2008. — N 22 (6). — P. 400—407.
6. Ribu L., Hanestad B. R., Moum T. et al. A comparison of the health-related quality of life in patients with diabetic foot ulcers, with a diabetes group and a nondiabetes group from the general population // Qual. Life Res. — 2007. — N 16 (2). — P. 179—189. doi: 10.1007/s1136-006-0031-y.
7. Setacci C., de Donato G., Setacci F., Chisci E. Diabetic patients: epidemiology and global impact // J. Cardiovasc. Surg. (Torino). — 2009. — N 50 (3). — P. 263—273.
8. Valensi P., Girod I., Baron F. et al. Quality of life and clinical correlates in patients with diabetic foot ulcers // Diabetes Metab. — 2005. — N 31 (3 Pt 1). — P. 263—271. doi: 10.1016/S1262-3636(07)70193-3.
9. Vileikyte L. Diabetic foot ulcers: a quality of life issue // Diabetes Metab. Res. Rev. — 2001. — N 17 (4). — P. 246—249.
10. World Health Organization. Quality of life group. What is it quality of life? // Wid. Hth. Forum. — 1996. — Vol. 1. — P. 29.

А. В. Марченко, М. Б. Горобейко, Т. Ю. Юзвенко, З. Г. Крушинская

Украинский научно-практический центр эндокринной хирургии,
трансплантации эндокринных органов и тканей МЗ Украины, Киев

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С САХАРНЫМ ДИАБЕТОМ С СИНДРОМОМ ДИАБЕТИЧЕСКОЙ СТОПЫ ДО ЛЕЧЕНИЯ И В ОТДАЛЕННЫЙ ПЕРИОД

Цель работы — исследовать аспекты качества жизни больных сахарным диабетом, осложненным синдромом диабетической стопы, которые влияют на лечение и реабилитацию.

Материалы и методы. В период с 2017 до 2018 г. обследовано 198 больных с сахарным диабетом 2 типа с синдромом диабетической стопы с ранами после оперативных вмешательств на уровне стопы по поводу гнойно-некротических осложнений. Мужчин было — 97 (49%), женщин — 101 (51%). Средний возраст пациентов составил $(59,2 \pm 2,7)$ года (39—76 лет). Продолжительность сахарного диабета в среднем — $(11,8 \pm 2,7)$ года. Для оценки качества жизни использовали опросник EuroQol EQ-5D-5L, который оценивает состояние здоровья по 5 компонентам качества жизни: подвижность, уход за собой, повседневная деятельность, боль и дискомфорт, тревожность и депрессия. На каждый вопрос есть 5 вариантов ответа в зависимости от степени выраженности проблемы (отсутствие проблемы, незначительные проблемы, проблема средней степени тяжести, значительные проблемы, большие проблемы). Для субъективной оценки состояния здоровья применяли визуальную аналоговую шкалу.

Результаты и обсуждение. Выявлено статистически значимое снижение показателей качества жизни, а также психологического компонента качества жизни. Благодаря лечению и критическому отношению к своему состоянию частота жалоб уменьшилась с 57,0% (в начале лечения) до 50,5% через 12 мес ($p = 0,058$). Отмечено улучшение адаптации, что также способствовало уменьшению количества жалоб ($p < 0,05$). По другим показателям качества жизни (общее состояние здоровья, физическое функционирование, интенсивность боли, уровень депрессии) выявлено статистически значимое снижение как у мужчин, так и у женщин. Установлено отсутствие корреляции между средним баллом по визуальной аналоговой шкале и результатом самооценки по EuroQol EQ-5D-5L.

Выводы. Большинство больных не могут самостоятельно объективно оценить тяжесть своего состояния, особенно в начале лечения. Не установлено четкой взаимосвязи между субъективной клинической оценкой состояния здоровья и наличием отдельных жалоб у пациентов. В результате лечения достоверно субъективно уменьшилась боль и дискомфорт в нижних конечностях (с 46 до 26%), а также проблемы с передвижением (с 41 до 32%). Уменьшение доли пациентов с тревогой и депрессией (с 53,0 до 39,4%) зависело от симптоматического и патогенетического лечения.

Ключевые слова: сахарный диабет, синдром диабетической стопы, качество жизни.

O. V. Marchenko, M. B. Gorobeiko, T. Yu. Yuzvenko, Z. G. Krushinska

Ukrainian Research and Practical Centre of Endocrine Surgery,
Transplantation of Endocrine Organs and Tissues of the Ministry of Health of Ukraine, Kyiv

EVALUATION OF THE LIFE QUALITY IN PATIENTS WITH DIABETIC FOOT SYNDROME BEFORE TREATMENT AND IN THE LATE PERIOD

The aim — to study the life quality aspects in patients with diabetes mellitus complicated by diabetic foot syndrome, which affect both treatment and rehabilitation.

Materials and methods. 198 patients with diabetes mellitus type 2, diabetic foot syndrome and post-operative foot wounds were examined for purulent-necrotic complications in the period from 2017 to 2018. There were 97 men (49%) and 101 women (51%). The average age of patients was 59.2 ± 2.7 years (39—76 years). The duration of diabetes mellitus was on average — 11.8 ± 2.7 years. The EuroQol EQ-5D-5L questionnaire based on the five components of the life quality, such as: mobility, self-care, ordinary daily activities, pain and discomfort, anxiety and depression were used for health state assessment. Each question is divided into 5 levels depending on the degree of problem severity (no problem, minor problems, problem of moderate severity, significant problems, and big problems). A visual analogue scale for the subjective assessment of one's own health was also determined.

Results and discussion. A statistically significant decline in the life quality indicators, as well as the psychological component of the life quality, was revealed. Thanks to treatment and a critical attitude to one's condition, the frequency of complaints decreased from 57.0% (at the beginning of treatment) to 50.5% after 12 months ($p = 0.058$). Improved adaptation was noted, which also was contributed to a complaints decreasing ($p < 0.05$). According to other indicators of life quality (general health, physical functioning, pain intensity, level of depression), a statistically significant decrease was found in both men and women. It is established that there was no correlation between the average score on a visual analogue scale and the result of EuroQol EQ-5D-5L self-assessment.

Conclusions. Most patients cannot independently objectively assess the severity of their condition, especially at the beginning of treatment. There is no clear relationship between the subjective clinical assessment of the state of health and the presence of individual complaints in patients. The pain and discomfort in the lower extremities has significantly subjectively reduced (from 46 to 26%), as well as problems with movement (from 41 to 32%) as a result of treatment. The reduction in the proportion of patients with anxiety and depression (from 53.0% to 39.4%) depended on symptomatic and pathogenetic treatment.

Key words: diabetes, diabetic foot syndrome, quality of life.