

ЭРНЕСТ АНАТОЛЬЕВИЧ ЩЕГЛОВ

кандидат медицинских наук, врач – сердечно-сосудистый хирург хирургического отделения № 1, Больница скорой медицинской помощи г. Петрозаводска
esheglov@onego.ru

НАТАЛЬЯ НИКОЛАЕВНА ВЕЗИКОВА

доктор медицинских наук, заведующий кафедрой госпитальной терапии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет
vezikov23@mail.ru

ИВАН ПЕТРОВИЧ ДУДАНОВ

доктор медицинских наук, член-корреспондент РАМН, заведующий кафедрой факультетской хирургии медицинского факультета, Петрозаводский государственный университет
dudanov@karelia.ru

НАТАЛЬЯ НИКОЛАЕВНА АЛОНЦЕВА

кандидат медицинских наук, заведующий хирургическим отделением № 1, Больница скорой медицинской помощи г. Петрозаводска
alontseva1967@mail.ru

ИЗУЧЕНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ С ПОРАЖЕНИЯМИ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ И ОСТЕОАРТРОЗОМ КОЛЕННЫХ СУСТАВОВ

Статья посвящена оценке качества жизни пациентов с сочетанным поражением вен нижних конечностей и остеоартрозом коленных суставов с помощью опросника CIVIQ 2. Проведение комплексного лечения приводит к значительному улучшению показателей качества жизни пациентов.

Ключевые слова: качество жизни, хроническая венозная недостаточность, варикозная болезнь, остеоартроз коленных суставов, опросник CIVIQ-2

Качество жизни – это интегральная характеристика физического, психологического, эмоционального и социального функционирования человека, основанная на его субъективном восприятии [6]. При ее оценке используются следующие критерии, разработанные ВОЗ: физический, психологический уровни самостоятельности, общественная жизнь, окружающая среда, духовность [7], [14].

Оценка качества жизни на современном этапе развития системы здравоохранения занимает все более прочное место в медицине. Это отражает, с одной стороны, появление новых современных медицинских технологий, которые хоть прямо и не влияют на продолжительность жизни конкретного человека, но существенно улучшают ее качество. С другой стороны, о повышении активности больного как личности говорит увеличение участия пациента в выборе методов диагностики и лечения [9], [10], [11].

Для оценки качества жизни пациентов широко используются как общие, так и специфические опросники [19]. Общие опросники отличаются тем, что могут быть применены при любом, самом патологическом состоянии человеческого организма, они позволяют оценивать качество жизни вне связи с данным заболеванием, но

при этом не оценивают определенные аспекты, присущие только конкретной патологии. К наиболее широко распространенным общим опросникам относят появившиеся в 90-е годы прошлого века EuroQol Index (EQ-5D) и MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36) [20].

Общие опросники SF-36, NHP, EuroQol, широко используемые для оценки качества жизни пациентов, имеют целый ряд недостатков. Они недостаточно отражают некоторые симптомы, присутствующие при хронической венозной недостаточности (ХВН), не оценивают проблему длительного нахождения пациента в вертикальном положении [5]. Опросник EQ-5D – самый простой, содержащий наименьшее количество вопросов и не вызывающий затруднения в заполнении у больных, однако он уступает другим в информативности [2], [4]. Специфическим опросником хронической венозной недостаточности по праву признан CIVIQ-2. Он предложен для этой цели, так как лучше общих опросников отражает некоторые симптомы, присущие ХВН, позволяет оценить проблему длительного нахождения пациента в вертикальном положении, сосредоточен на связи физического состояния нижних конечностей и психологического статуса больного [15], [21].

ЦЕЛЬ РАБОТЫ

Целью настоящей работы было оценить качество жизни пациентов, имеющих хроническую венозную недостаточность в сочетании с остеоартрозом коленных суставов, с использованием опросника CIVIQ-2.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Оценка качества жизни у пациентов с ХВН и проявлениями остеоартроза коленных суставов с использованием опросника CIVIQ-2 проводилась у 114 пациентов, находившихся на лечении в хирургическом отделении больницы скорой медицинской помощи и хирургическом отделении поликлиники № 4 г. Петрозаводска [16], [18]. Все пациенты, включенные в исследование, имели проявления ХВН в стадии 1–4 по классификации CEAP. Пациенты удовлетворяли унифицированным клинико-рентгенологическим критериям остеоартроза (Л. И. Беневоленской, 1993 год). Критериями исключения явились нарушения артериального кровотока хронической артериальной недостаточностью 2 А стадии и выше, окклюзией более чем одной артерии голени, а также 5-й и 6-й классы хронической венозной недостаточности по CEAP [14], [8], [18]. Возраст пациентов, участвовавших в исследовании, составил от 40 до 72 лет, средний возраст – 54 ± 7 лет. Среди пациентов преобладали женщины (77 (67,5 %)).

Все пациенты были разбиты на 2 группы в зависимости от назначенного лечения. В первую группу вошли пациенты с варикозной болезнью, которым выполнялось плановое хирургическое лечение (58 человек (50,8 %)). Объем хирургического лечения по методике Г. Д. Константиновой [12] состоял из кроссэктомии, парциального или тотального (в зависимости от протяженности клапанной недостаточности ствола большой подкожной вены) стриппинга и надфасциальной перевязки несостоятельных перфорантных вен. В случае наличия выраженных конгломератов узлов в бассейне большой и малой подкожных вен проводилось их удаление из отдельных разрезов. Во вторую группу вошли пациенты, получавшие консервативную терапию по поводу различных проявлений хронической венозной недостаточности, связанных с поражением глубоких и поверхностных вен нижних конечностей (56 человек (49,2 %)). Консервативная терапия включала в себя обязательную эластическую компрессию, класс которой зависел от заболевания и проявлений хронической венозной недостаточности, рекомендации по режиму и образу жизни, курсовой прием венотоников [1], [8]. Консервативную терапию пациенты первой группы получали в послеоперационном периоде в том же объеме, что и пациенты второй группы.

Кроме того, все пациенты по рекомендации специалиста (ортопеда или ревматолога) получали нестероидные противовоспалительные

препараты, болезнь-модифицирующие препараты (хондроитин сульфат, глюкозамин сульфат). Пациентам с проявлениями ожирения давались рекомендации по снижению веса.

Заполнение опросника проводилось при включении в исследование через 1, 3, 6 и 12 месяцев после его начала. Результаты сравнивались с данными контрольной группы (здоровые пациенты).

Опросник CIVIQ-2 состоит из 20 вопросов, которые сгруппированы по 4 параметрам.

1. Физический статус, который отражает физическую активность пациента: выносливость, двигательную активность.
2. Болевой статус, являющийся отражением болевых ощущений, испытываемых пациентом.
3. Психологический статус, определяющий наличие и выраженность психологического комфорта и эмоционального напряжения.
4. Социальный статус, указывающий на степень социальной адаптации пациента в обществе.

Каждый пункт, включенный в опросник, состоит из 2 отдельных частей. Первая часть – количественная, указывающая на наличие или отсутствие данного симптома или состояния. Вторая часть – качественная, которая отражает степень обеспокоенности пациента данным конкретным признаком. Например, вопрос 1а: «В последние 4 недели были ли у Вас боли в области лодыжки и икры?», вопрос 1б: «Какое значение эта боль имеет для Вашей повседневной жизни?»

Оценка каждого пунктадается по 5-балльной шкале от 1 (отсутствие признака) до 5 (его крайняя выраженность). Пациенту предлагается дать оценку данному состоянию либо привести ответ, наиболее близкий к правильному ответу. Подсчет результатов по каждому опроснику производится по формуле:

$$X = ((A - B)/(C - B)) \cdot 100,$$

где X – индекс качества жизни конкретного пациента, A – сумма баллов, полученных у конкретного пациента, B – теоретически минимальная сумма баллов, C – теоретически максимальная сумма баллов.

Эта формула может быть использована для подсчета показателя качества жизни конкретного пациента или целой группы пациентов. Расчет можно выполнить по всему опроснику или по каждому из 4 параметров отдельно. У абсолютно здорового человека $X = 0$. Таким образом, чем меньше величина индекса, получаемого по итогам расчетов, тем выше качество жизни исследуемого пациента. Кроме того, при подсчете возможно использование непосредственной суммы баллов, полученной у каждого пациента. В данной ситуации у абсолютно здорового человека сумма баллов равняется 40, максимально возможная сумма баллов составляет 200.

Статистическая обработка результатов проводилась с помощью процессора Pentium с использованием пакета статистических программ Microsoft Excel, Statistica 5.0. Определялись

средние величины $[M \pm m]$, достоверность средних величин по критерию Стьюдента (t), критериям Манна – Уитни для малых выборок [3].

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

При включении в исследование те или иные проблемы со здоровьем отметили все пациенты. Результаты опроса представлены в табл. 1.

Нами было признано некорректным использование в анализе ответов на вопрос № 11, который связывает проблемы нижних конечностей и занятия спортом, тяжелые физические нагрузки. Подавляющее большинство наших пациентов не занимаются спортом систематически, поэтому они поставили прочерк в ответе на данный вопрос.

При сравнении двух групп пациентов были получены следующие данные. При расчете с использованием вышеупомянутой формулы в первой группе показатель качества жизни равнялся 38,31 балла, во второй группе – 45,3 балла. При оценке данного показателя у группы здоровых пациентов, не имеющих заболеваний нижних конечностей на момент опроса, получен результат 23 балла. При расчете средней суммы баллов без использования формулы в первой группе среднее значение качества жизни равнялось 96,22 балла, во второй группе – 106,86 балла.

При анализе полученных данных для групп пациентов обращает на себя внимание, что наибольшее количество проблем пациенты первой группы отмечали при подъеме по лестнице (вопрос № 5) и вставании на колени (вопрос № 6). Эти же проблемы наиболее часто мешали пациентам в их жизни. Также пациенты стеснялись обнажать ноги (вопрос № 16), чувствовали себя

скованно (вопрос № 18) и отмечали трудности с движениями по утрам (вопрос № 19).

Пациенты второй группы, помимо указанных выше ситуаций, отмечали, что у них нарушается ночной сон из-за болей в ногах и это оказывает значительное влияние на качество жизни (вопрос № 3), им трудно долго стоять (вопрос № 4). Также они описывали необходимость принятия вынужденной позы (вытягивать ноги и т. п.) (вопрос № 15).

В целом в обеих группах пациентов наибольшее количество проблем отмечено в однотипных ситуациях.

При анализе данных, полученных через месяц после включения пациентов в исследование, отмечены следующие результаты. В первой группе пациентов (хирургическое лечение) показатель качества жизни не только не уменьшился, но, наоборот, увеличился. Если до операции он равнялся 38,31 балла, то через месяц составлял 53,16 балла. Практически все пациенты отметили наличие болевых ощущений разной степени выраженности в икре или лодыжке (вопрос № 1), эти проблемы чаще ограничивали их в повседневной жизни (вопрос № 2) и чаще нарушали ночной сон (вопрос № 3). Увеличилось количество пациентов, принимающих вынужденные позы (вопрос № 15), практически все пациенты отметили, что стесняются обнажать ноги. На наш взгляд, подобная ситуация связана с течением раннего послеоперационного периода и не отражает общей динамики течения патологического процесса. Во второй группе пациентов (консервативное лечение), напротив, отмечено незначительное уменьшение расчетного показателя до 43,92 балла, что знаменует начало положительной динамики в ходе лечения. Однако статистически данные изменения были недостоверны.

Таблица 1

Характеристика состояния здоровья пациентов при включении в исследование

Вопрос	Количественная часть					Качественная часть				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
1	4	2	28	19	19	23	5	8	2	4
2	7	3	25	16	22	25	2	7	2	5
3	8	5	32	16	14	19	3	9	1	7
4	3	3	12	9	35	32	5	7	3	5
5	2	2	11	9	29	23	12	16	4	6
6	2	2	5	5	32	28	14	14	5	7
7	6	3	19	14	23	23	9	11	1	5
8	5	4	19	14	25	29	7	5	2	4
9	15	8	24	11	14	29	3	4	2	4
10	14	9	27	19	11	19	4	4	2	5
11	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
12	14	5	23	14	15	29	4	5	2	3
13	7	5	19	15	24	27	5	5	2	4
14	12	9	28	19	15	25	2	1	1	2
15	3	1	14	8	27	31	9	9	5	7
16	4	4	12	10	30	29	7	8	5	5
17	11	9	23	19	16	21	7	4	1	3
18	9	2	19	15	25	27	2	7	3	5
19	8	3	11	11	27	25	7	10	5	7
20	19	15	29	23	8	15	2	1	0	2

Примечание. В столбцах указано число больных; левый столбец – 1-я группа, правый столбец – 2-я группа.

Через 3, 6 и 12 месяцев с начала исследования были получены следующие результаты (табл. 2).

Таблица 2

Показатели качества жизни пациентов в динамике в течение года после начала лечения

Группа	0 месяцев	1 месяц	3 месяца	6 месяцев	12 месяцев
1	38,31	53,16	35,16	32,19*	27,1*
2	45,3	43,92	39,4	33,78*	30,6*

Примечание. Знаком * отмечены достоверно значимые различия.

Обращает на себя внимание, что начиная с 3-го месяца после начала консервативного лечения или перенесенной операции отмечается значительное снижение показателя качества жизни, а с 6-го месяца и далее данные изменения становятся статистически достоверными. Эта динамика указывает на значительное улучшение качества

жизни пациентов и отражает улучшение клинической картины в ходе проводимого лечения.

Отметим, что данные изменения были статистически достоверными не только в группе пациентов, перенесших хирургическое вмешательство, но и у пациентов, получавших консервативную терапию.

ВЫВОДЫ

1. По данным исследования, все больные, имеющие проявления ХВН в сочетании с остеоартрозом коленных суставов, имеют выраженное снижение качества жизни.
2. На протяжении первого года с начала систематической коррекции нарушений венозного оттока отмечено выраженное улучшение показателей качества жизни пациентов.
3. Необходимо проведение дальнейших исследований, которые позволят в полной мере оценить показатели качества жизни пациентов, в том числе с помощью других опросников.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Алексеева Л. И. Эпидемиологические основы остеоартроза: методология, распространность, факторы риска в этнически неоднородных группах населения России и фармакотерапия: Дисс. ... д-ра мед. наук. М., 2000.
2. Белова А. Н., Буйлова Т. В., Буюбаш И. Д. и др. Шкалы, тесты и опросники в медицинской реабилитации. Руководство для врачей и научных работников / Под ред. А. Н. Беловой, О. Н. Щепетовой. М.: Антидор, 2002. 440 с.
3. Гланц С. Медико-биологическая статистика. М.: Практика, 1999. 459 с.
4. Голованова О. В. Оценка результатов лечения хронической венозной недостаточности нижних конечностей с точки зрения качества жизни пациентов: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2000. 28 с.
5. Горина С. М. Оценка качества жизни у пациентов с варикозной болезнью нижних конечностей после хирургического лечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. М., 2005. 24 с.
6. Зайцев В. М., Лифляндский В. Г., Маринкин В. И. Прикладная медицинская статистика. СПб.: Фолиант, 2003. 432 с.
7. Калью П. И. Сущностная характеристика понятия «здравья» и некоторые вопросы перестройки здравоохранения. Научный обзор. М.: ВНИИММ, 1988. 220 с.
8. Лечение хронических заболеваний вен ног: Доклад международной согласительной комиссии // Phlebology. 1999. Vol. 14. Supp 1. S. 128.
9. Либис Р. А. Качество жизни больных с сердечно-сосудистыми заболеваниями: Дисс. ... д-ра мед. наук. Оренбург, 1998.
10. Новик Н. А., Ионова Т. И. Руководство по исследованию качества жизни в медицине. М.: Олма-Пресс, 2002. 320 с.
11. Новик А. А., Ионова Т. И., Кайнд П. Концепция исследования качества жизни в медицине. СПб.: Элби, 1999. 140 с.
12. Практикум по лечению варикозной болезни / Под ред. Г. Д. Константиновой. М.: Профиль, 2006. 192 с.
13. Сабельников В. В., Шулепова Е. К. Варикозная болезнь нижних конечностей. Современный взгляд на проблему // Мир медицины. 2001. № 3–4. С. 7–11.
14. Семерин Е. Н., Шляхто Е. В., Козлова С. Н., Мирошенко П. В. Качество жизни, связанное со здоровьем: теория, методы и практика // Качественная клиническая практика. 2001. № 2. С. 48–52.
15. Тихонова О. А., Байдо В. П., Байдо С. В. Методологические аспекты изучения оценки КЖ хирургических больных // Материалы VII итоговой науч. конф. ИМО НовГУ. Новгород, 2000. Т. 2. С. 183–190.
16. Щеглов Э. А., Алонцева Н. Н. Карцова И. В. и др. Оценка качества жизни у пациентов с сочетанными поражениями венозной системы нижних конечностей и опорно-двигательного аппарата // Флебология. Т. 4. № 2. 2010. С. 106.
17. Щеглов Э. А., Дуданов И. П. Оценка состояния венозной системы нижних конечностей у больных с остеоартрозом коленных суставов // Сердечно-сосудистые заболевания. Бюллетень НЦСХ им. А. Н. Бакулева РАМН. 2009. Т. 10. № 6.
18. Яблоков Е. Г., Кириенко А. И., Богачев В. Ю. Хроническая венозная недостаточность. М.: Бергер, 1999. 126 с.
19. Anderson R. T., Aaronson N. K., Wilkin D. Critical review of the international assessments of health related quality of life // Qual. Life Res. 1993. Vol. 2. P. 369–395.
20. Lampert D. L., Schröter Kurz X. et al. Evaluation of outcomes in chronic venous disorders of the leg: development of a scientifically rigorous, patient reported measure of symptoms and quality of life // J. Vascular surgery. 2003. Vol. 37. № 2. P. 410–419.
21. Launois R., Reboul-Marty J., Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in Chronic Lower Limb Venous Insufficiency (CIVIQ) // Quality of life research. 1996. Vol. 5. P. 539–554.