

ОЦЕНКА КАЧЕСТВА ЖИЗНИ БОЛЬНЫХ И МАРКЕРОВ ПРОГРЕССИРОВАНИЯ ХРОНИЧЕСКОЙ ИШЕМИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

Асадов Нодир Зокирович, Даминов Ботир Тургунпулатович,

Ташкентский педиатрический медицинский институт,
Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр
нефрологии и трансплантации почек, Узбекистан

✓ Резюме

В данной статье рассмотрены вопросы патогенеза и клиническое значение заболеваний артерий нижних конечностей – группа нозологий, сопровождающихся постепенной закупоркой артерий сосудов и вызывающих синдром хронической ишемии нижних конечностей. Большое внимание уделено современной диагностике, мониторингу этого состояния в процессе течения заболевания и его терапии. Показано важное клиническое значение оценки качества жизни таких больных.

Ключевые слова: оценка качества жизни больных, маркеры прогрессирования хронической ишемии нижних конечностей.

ASSESSMENT OF THE QUALITY OF LIFE OF PATIENTS AND MARKERS OF THE PROGRESSION OF CHRONIC LOWER LIMB ISCHEMIA

Asadov Nodir Zokirovich, Daminov Botir Turgunpulatovich,

Tashkent Pediatric Medical Institute, Uzbekistan
Republican specialized scientific and practical medical center for nephrology and kidney
transplantation

✓ Resume

The guidelines consider the issues of pathogenesis and clinical significance of diseases of the lower extremities arteries - a group of nosologies accompanied by a gradual blockage of the arteries of the vessels and causing the syndrome of chronic ischemia of the lower extremities. Much attention is paid to modern diagnostics, monitoring of this condition during the course of the disease and its therapy. An important clinical assessment of the quality of life of such patients has been shown.

Key words: assessment of the quality of life of patients, markers of the progression of chronic lower limb ischemia.

OYOQ SOHASI RIVOZLANAYOTGAN ISHEMIK KASALLIGI BOR BEMORLARNING HAYOT SIFATINI BAHOLASH

Asadov Nodir Zokirovich, Daminov Botir Turg'unpo'latovich

Toshkent pediatriya tibbiyot instituti,
O'zbekiston Respublika ixtisoslashtirilgan nefrologiya va buyrak transplantatsiyasi ilmiy-amaliy
tibbiyot markazi

✓ Rezyume

Qo'llanmada pastki ekstremal arteriyalar kasalliklarining patogenezi va klinik ahamiyati masalalari ko'rib chiqiladi - tomirlar arteriyalarining asta -sekin tiqilib qolishi va pastki ekstremitalarning surunkali ishemiya sindromini keltirib chiqaradigan nozologiyalar guruhi. Zamonaviy diagnostikaga, kasallik paytida bu holatni kuzatishga va uni davolashga katta e'tibor qaratiladi. Bunday bemorlarning hayot sifatining muhim klinik bahosi ko'rsatildi.

Kalit so'zlar: bemorlarning hayot sifatini baholash, pastki ekstremitalarning surunkali ishemiya rivojlanishining belgilari.

Актуальность

Распространенность заболевания артерий нижних конечностей (ЗАНК), симптоматических или бессимптомных, среди мужчин немного выше, чем среди женщин, особенно в молодых возрастных группах. У больных с ПХ соотношение числа мужчин и женщин колеблется от 1:1 до 2:1. На тяжелых стадиях заболевания, таких как хроническая критическая ишемия конечности, это соотношение в некоторых исследованиях достигает 3:1 и более. В других исследованиях, однако же, наблюдалось более равномерное распределение ЗАНК между полами и даже преобладание женщин среди больных с ЗАНК.

Курение является одним из основных факторов риска ЗАНК. Оно способствует развитию ЗАНК в 2—3 раза чаще, чем коронарной патологии. В больших эпидемиологических исследованиях было выявлено, что курение повышает риск развития ЗАНК в 2—6 раз, ПХ в 3—10 раз.

Сахарный диабет повышает риск развития ЗАНК в 2—4 раза и имеется у 12-20% пациентов с патологией периферических артерий. По данным Фрамингемского исследования СД повышает риск ПХ в 3,5 раза у мужчин и 8,6 раз у женщин.

Установлено, что СД служит фактором, ухудшающим отдаленные результаты артериальных реконструкций при ишемии конечности [1].

Нарушения липидного обмена при ЗАНК проявляются повышением ОХ, ЛПНП, снижением ЛПВП, гипертриглицеридемией. При увеличении общего холестерина на мг/дл риск развития ЗАНК повышается приблизительно на 5-10%. В эпидемиологических исследованиях было отмечено более значительное повышение уровня общего холестерина у больных с ПХ, чем у лиц без ЗАНК. Уровень ЛПНП был выше у больных с ЗАНК и ниже — без патологии периферических артерий в одинаковых по возрасту группах. Взаимосвязь между гипертриглицеридемией и ЗАНК остается до конца не выясненной.

Цель исследования: оценить качество жизни больных, после малоинвазивного и консервативного лечения по поводу критической ишемии нижних конечностей.

Материал и методы

В исследование вошло 52 пациента, возраст которых составил от 27 до 76 лет. Транслуминальная баллонная ангиопластика

периферических сосудов выполнена 31 (59,6%) пациенту (группа А), консервативно пролечено 21 (40,4%) пациент (группа В).

Исходно состояние всех больных оценивалось по стандартным методикам, проводилось дуплексное сканирование и МСКТ аорты. Качество жизни (КЖ) больных определяли по опроснику SF-36. Для оценки влияния состояния на КЖ пациентов по шкалам SF-36 проводили сравнительную оценку показателей КЖ женщин с АГ и при сочетании АГ и КС. Вычисляли 8 основных показателей: ФФ — физическое функционирование, РФФ — ролевое физическое функционирование, Б — боль, ОЗ — общее здоровье, Ж — жизнеспособность, СФ — социальное функционирование, РЭФ — ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ — психическое здоровье и оценкой 2 суммарных измерений: физического (PCS) и психологического здоровья (MCS), которые сравнивали с контрольной группой. Обработка шкал SF-36 производилась с использованием специального пакета статистических программ.

Показатели каждой шкалы варьируют между 0 и 100, где 100 представляет полное здоровье, все шкалы формируют два показателя: душевное и физическое благополучие. Опросник включает в себя 36 вопросов, 8 шкал — время заполнения больными 10-15 минут. Результаты представляются в виде оценок в баллах по 8 шкалам, составленных таким образом, что более высокая оценка указывает на более высокий уровень КЖ. Качество жизни оценивалось с помощью опросника SF-36 по следующим критериям: физическое функционирование: группа А - 50,6 балла в сравнении с группой В - 42,3 балла ($p < 0,05$); влияние физического состояния на ролевое функционирование: группа А - 26,2 балла в сравнении с группой В - 17,5 балла ($p < 0,05$); интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью: группа А - 51,7 балла в сравнении с группой В - 48,6 балла ($p < 0,05$); общее состояние здоровья: группа А - 52,7 балла, в сравнении с группой В - 55,3 балла ($p < 0,05$); жизненная активность: группа А - 51,7 балла, против группы В - 52,9 балла ($p < 0,05$); социальное функционирование: группа А - 45,7 балла в сравнении с группой В - 41,8 балла ($p > 0,05$); влияние эмоционального состояния на ролевое

функционирование: группа А - 48,8 балла в сравнении с группой В - 40,1 балла ($p < 0,05$); оценка психического здоровья: группа А - 56,7 балла в сравнении с группой В - 58,3 балла ($p < 0,05$). Длительность наблюдения составила 12 недель.

Статистическая обработка проводилась с помощью программы приложения Microsoft – Statistica, с расчетом следующих параметров: среднее арифметическое (М), ошибка среднего (m), среднее квадратичное отклонение, коэффициент корреляции, доверительный интервал. Результаты представлены $M \pm m$. При сравнительной оценке средних величин и степени достоверности различий между выборками использовали критерий Стьюдента. Различия

между показателями считали достоверными, если степень вероятности (p) $< 0,05$. Взаимосвязь признаков определяли с помощью корреляционного анализа по Пирсону с подсчетом коэффициента линейной корреляции (r). Корреляционную связь считали слабо выраженной при $r < 0,3$, умеренно выраженной при $0,3 < r < 0,5$, значительной при $0,5 < r < 0,9$, очень сильно выраженной при $r > 0,9$.

Результат и обсуждения

Общая летальность в группе А составила – 0. В группе В – 1 (4,8%) случай, в результате перенесенного острого нарушения мозгового кровообращения.

Таблица 1. Общая характеристика групп

Показатель	Группа В	Группа А	Контрольная группа
	Консервативное лечение	ТЛБАБ	
Средний возраст,	56,67 $\pm$ 0,86 [^]	57,57 $\pm$ 0,97	55,7 $\pm$ 1,11
ИМТ кг/	27,84 $\pm$ 0,38	27,94 $\pm$ 0,59	27,28 $\pm$ 0,33
Сельск. место жит.	40%	26,7%	50%
Город. место жит.	60%	73,3%	50%
САД	151,7 $\pm$ 2,31 [^]	141,3 $\pm$ 2,72 [^]	114,75 $\pm$ 2,09
ДАД	93,1 $\pm$ 1,79 [^]	90,04 $\pm$ 1,74 [^]	76,5 $\pm$ 2
ЧСС, уд./мин	75,83 $\pm$ 1,87	72,53 $\pm$ 1,45	73,7 $\pm$ 1,4
ГЛЖ	46,67%	36%	-
САД за сутки мм рт. ст.	145,5 $\pm$ 4,3	141,7 $\pm$ 3,5	-
ДАД за сутки мм рт. ст.	94,1 $\pm$ 1,2	92,2 $\pm$ 0,7	-
1-я степень АГ %	10%	23,33%	-
2-я степень АГ %	90%	76,67%	-
Длительность АГ, годы	5,2 $\pm$ 0,48	5,76 $\pm$ 0,47	-
Наследственность АГ	43,3%	66,7%	-

p – достоверность различий;

• – $p_1 < 0,05$ по сравнению со значениями 2-й группы сравнения

[^] – $p_2 < 0,05$ по сравнению с контрольной группой

Качество жизни является одним из важных показателей, которые во многом определяют общую и профессиональную трудоспособность. Мы сравнили шкалы опросника SF-36 в группах.

Общее состояние здоровья (GH), характеризовало оценку пациентом своего состояния здоровья как предшествующего, так и настоящего состояния и позволяет определить его перспективы, а шкала жизнеспособности (VT) - когда пациент отображает ощущение себя полным сил и

энергии. Физический компонент здоровья охватывает шкалы физическое функционирование (PF), ролевое функционирование (RF), шкала боли (BP), общее состояние здоровья (GH), психологический компонент – шкала жизнеспособности (VT), социальное функционирование (SF), ролевое эмоциональное функционирование (RE), – психологическое здоровье (MH). В настоящее время разработаны нормы

Таблица 2. Показатели шкал опросника SF-36 по качеству жизни

Показатели SF-36	Конт. группа	Группа А	Группа В	Достоверность
Физическое функционирование (PF)	40,8±10,2	54,6±4,1	39,2±12,6	P (1,3) =0,0000 P (2,3) =0,0000 P(1,2)=0,0000
Ролевое физич. функционирование (RP)	44,7±11,3	46,6±5,5	44,3±1	P (1,3) =0,0000 P (2,3) =0,000
Интенсивность боли (BP)	47,4±5,1	44,3±4,6	46,3±15,4	P (1,3) =0,0000 P(2,3)=0,000
Общее здоровье (GH)	38,6±8,4	37,9±4,0	31,1±13,2	P (1,3) = 0,048 P (2,3) =0,000 P (1,2) = 0,000
Жизненная активность (VT)	39,1±12,7	42,1±5,0	37,9±7,8	P (1,3) =0,0000 P(2,3)=0,0000 P(1,2)=0,0000
Социальное функционирование (SF)	50,5±11,9	63,5±4,5	54,1±9,9	P (1,3) =0,0000 P (2,3)=0,0000
Ролевое эмоц. Функционирование (RE)	40,2±13,2	49,2±5,6	37,5±5,8	P (1,3) =0,0000 P (2,3) =0,0000
Психическое здоровье (MH)	44,9±8,2	48,4±4,9	41,7±3,8	P (1,3) =0,0005 P (2,3) =0,0000 P (1,2) =0,0000
Физический компонент здоровья (PCS)	42,9±1,02	45,72±3,44	40,22±4,44	P (1,3) =0,0000 P (2,3) =0,0000
Психический компонент здоровья (MCS)	43,7±2,1	50,8±1,1	42,8±1,5	P (1,3) =0,0000 P (2,3) =0,0000

p – достоверность различий;

• – p1 <0,05 по сравнению со значениями 2-й группы сравнения

^ – p2 <0,05 по сравнению с контрольной группой

По результатам тестирования опросником SF-36 через 12 недель получены следующие результаты: физическое функционирование: группа А - 70,5 балла в сравнении с группой В - 49,3 балла (p<0,05); жизненная активность: группа А - 68,3 балла в сравнении с группой В - 52,9 балла (p<0,05); оценка психического здоровья: группа А - 60,2 балла в сравнении с группой В - 54,7 балла (p<0,05). Снижение

суммарного психического компонента было связано с нарушением ролевого эмоционального функционирования. Снижение суммарного физического компонента в наибольшей степени было связано с уровнем ролевых ограничений вследствие физических проблем ролевого функционирования (PF) и восприятие общего состояния здоровья (GH).

Выводы

Малоинвазивные вмешательства (ТЛБАП) периферических артерий достоверно улучшают качество жизни у больных с критической ишемией нижних конечностей по следующим критериям: физическое функционирование; влияние физического состояния на ролевое функционирование; интенсивность боли и ее влияние на способность заниматься повседневной деятельностью; жизненная активность; социальное функционирование.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Покровский А.В., Догужиева Р.М., Богатов Ю.П., Гольцова Е.Е., Лебедева А.Н. Отдаленные результаты аорто-бедренных реконструкций у больных сахарным диабетом 2 типа. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2010; 16: 1: 48-52.
2. Национальные рекомендации по ведению пациентов с заболеваниями артерий нижних конечностей - М.: 2013.
3. Коваленко В.И. и др. Возможности лечения больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей. *Врач*. 2010; 3: 1-3.
4. Rajagopalan S, Mohler ER III, Lederman RJ, et al. Regional angiogenesis with vascular endothelial growth 18. Беляев А.Н., Павелкин А.Г., Родин А.Н. Внутриаартериальная тромболитическая терапия ишемических осложнений диабетической ангиопатии конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2012; 18: 313-17.
5. Shigematsu H, Yasuda K, Iwai T, et al. Randomized, double-blind, placebocontrolled clinical trial of hepatocyte growth factor plasmid for critical limb ischemia. *Gene Ther*. 2010; 17(9): 1152–61.
6. Швальб П.Г., Гавриленко А.В., Калинин Р.Е. и др. Эффективность и безопасность применения препарата «Неоваскулген» в комплексной терапии пациентов с хронической ишемией нижних конечностей (2б-3фаза клинических испытаний). *КТТИю* 2011; 6(3): 76–83.
7. Червяков Ю.В., Староверов И.Н., Нерсисян Е.Г. и др. Терапевтический ангиогенез в лечении больных с хроническими облитерирующими заболеваниями артерий нижних конечностей. Ближайшие и отдаленные результаты. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2012; 18(3): 19–27.
8. Беляев А.Н., Павелкин А.Г., Родин А.Н. Внутриаартериальная тромболитическая терапия ишемических осложнений диабетической ангиопатии конечностей. *Ангиология и сосудистая хирургия*. 2012; 18: 313-17.
9. Боклин А.А., Кривошеков Е.П., Вавилов А.В., Мачехин П.В. Применение урокиназы в лечение ран диабетической стопы. Всероссийская конференция хирургов, посвященная 10-летию медицинского центра им. Р.П.Аскерханова, сборник научных трудов. Махачкала. 2012; 44-46.
10. Затевахин И.И., Золкин В.Н., Коротков И.Н. Лечение пациентов с синдромом диабетической стопы и имеющих трофические язвы низкими дозами урокиназы. *Ангиология и сосудистая хирургия*, Приложение (Материалы 23 (XXYII) Международной конференции г. Санкт-Петербурга), 2012; 18: 2: 135-136.
11. Bradbury Andrew W, Adam Donald J. Bell Jocelyn, et al Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) trial: A description of the severity and extent of disease using the Bollinger angiogram scoring method and the TransAtlantic Inter-Society Consensus II classification. *Journal of Vascular Surgery*. 2010; 51: Supplement S: 32S—42S.
12. Kukkonen T, Korhonen M, Halmesmaki K, Lehti L, Tiitola M, Aho P, Lepantalo M, Venermo M. Poor Interobserver Agreement on the TASC II Classification of Femoropopliteal Lesions. *European Journal of Vascular & Endovascular Surgery*. 2010; 39: 2: 220—224.
13. Baril DT, Chaer RA, Rhee RY, Makaroun MS, Marone LK. Endovascular interventions for TASC II D femoro-popliteal lesions. *Journal of Vascular Surgery*. 2010; 51: 6: 1404—1412.
14. Conte Michael S. Bypass versus Angioplasty in Severe Ischaemia of the Leg (BASIL) and the (hoped for) dawn of evidence-based treatment for advanced limb ischemia. *Journal of Vascular Surgery*. 2010; 51: Supplement S: 69S-75S.
15. Самодай В.Г., Пархисенко Ю.А., Иванов А.А., Нестандартная хирургия критической ишемии конечностей. М.: ООО «Медицинское информационное агентство». 2009; 240.
16. Dosluoglu Hasan H, Lall Purandath, Cherr Gregory S, et al. Role of simple and complex hybrid revascularization procedures for symptomatic lower extremity occlusive disease. *Journal of Vascular Surgery*. 2010; 51: 6: 1425—1435.
17. Гадеев АК, Луканихин ВА, Бредихин РА, Игнатьев ИМ. Тромболитическая терапия при острых артериальных тромбозах. *Ангиология и сосудистая хирургия*, 2012. Том 18, № 2, Приложение (Материалы 23 (XXYII) Международной конференции г. Санкт Петербург). 71-73.

Поступила 09.07.2021