

ВЛИЯНИЕ ВИДА ПРОТЕЗИРОВАНИЯ НА КАЧЕСТВО ЖИЗНИ БОЛЬНОГО ПРИ БЕДРЕННО-ПОДКОЛЕННОМ ШУНТИРОВАНИИ

Лалаев Э.Э., Суковатых Б.С.

*Курский государственный медицинский университет, кафедра общей хирургии,
г. Курск*

Ключевые слова: хронические облитерирующие заболевания нижних конечностей, бедренно-подколенное шунтирование, аутовена, биологический протез.

Резюме: хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей для большинства развитых государств являются важной медицинской и социально-экономической проблемой. Период лечения и реабилитации таких пациентов, а также же их инвалидизация приводят к тому, что большое число трудоспособного населения исключается из социальной жизни общества.

Resume: chronic obliterating diseases of the arteries of the lower extremities for most developed countries are an important medical and socio-economic problem. The period of treatment and rehabilitation of such patients, as well as their disability, lead to the fact that a large number of the able-bodied population is excluded from the social life of society.

Актуальность. Хронические облитерирующие заболевания артерий нижних конечностей (ХОЗАНК) являются нарушениями проходимости артерий нижних конечностей в виде сужения (стеноза) или окклюзии, которые приводят к дальнейшему развитию хронической ишемии НК различной степени и выраженности. ХОЗАНК на данный момент составляют около 20% от всех видов сердечно-сосудистой патологии и наблюдаются примерно у 2-3% населения [3]. На данный момент медицине известны более двадцати самостоятельных нозологических форм, приводящих к нарушению проходимости артерий нижней конечности. Врожденные заболевания, как гипоплазия, фибромускулярная дисплазия артерий встречаются крайне редко. Обычно в клинической практике сталкиваются с приобретенными заболеваниями: атеросклерозом, коллагенозами, неспецифическим аорто-артериитом, синдромом Рейно [4]. По мере обструкции артерий нижней конечности образуется дисбаланс между степенью оксигенации тканей и потребностями в кислороде тканей, в связи с чем происходит развитие хронической ишемии НК. Недостаточность регионарного кровообращения конечности представляет собой суммарную величину, определяемую степенью нарушения магистрального кровотока, состоянием коллатералей и микроциркуляторного русла [2]. При облитерирующих заболеваниях артерий НК пациент сетует на боли в одной или обеих конечностях, которые наступают при физической нагрузке, например, при ходьбе на определенное расстояние (от 500 и более метров до незначительных - 5-10 шагов), и вынуждающие пациента остановиться, чтобы дать ногам отдохнуть. После отдыха больной вновь может идти какое-то время до момента повторения болей. Иногда это первый признак заболевания [3]. В критических и в совсем запущенных случаях боль беспокоит пациента даже в состоянии покоя, когда человек не может спать или спит сидя. Еще одним признаком критичности заболевания являются трофические нарушения –

язвы или некрозы, развивающиеся на пальцах, стопах или голенях. Если не начать лечение вовремя, то человек в короткое время лишается ноги, вследствие вынужденной ампутации [4]. В хирургическом лечении при окклюзирующих поражениях используются три группы методов: рентгенэндоваскулярные методы, операции прямой реваскуляризации и непрямой реваскуляризации [2]. Стоит отметить, что при критической ишемии конечностей показания к реваскуляризации – абсолютные. В стадии перемежающейся хромоты вопрос об открытой реваскуляризации решается индивидуально с учетом степени операционного риска, предпочтений пациента, и, наконец, возможностей программы контролируемого физического тренинга [3].

Цель: оценка результатов лечения и качества жизни больных после бедренно-подколенного шунтирования аутовеной и биологическим протезом.

Задачи: 1. Изучить, что способствует увеличению физического и психологического компонентов. 2. Проведение бедренно-подколенного шунтирования сопровождается ли оценкой. 3. Применение какого метода оказалось эффективнее.

Материалы и методы исследования. После изучения историй болезни больные были разделены на две исследуемые группы в зависимости от метода лечения. В первую группу вошло 15 человек (11 мужчин и 4 женщин), которым была проведена бедренно-подколенное шунтирование с использованием биологического протеза. Во вторую группу вошло тоже 15 человек (12 мужчин и 3 женщины), которым была проведена бедренно-подколенное шунтирование с использованием аутовены. Используя опросник SF-36 Health Status Survey, изучили качество жизни 30 больных, лечившихся в сосудистом отделении. Данные были получены путем анкетирования пациентов в послеоперационный период прямым опросом. Структура опросника SF-36 представляет собой три этапа: всего 36 вопросов, 8 шкал, сформированных из 2-10 вопросов и 2 суммарных измерения, объединяющие шкалы. Шкалами являются: физическое функционирование, ролевая деятельность, телесная боль, общее здоровье, жизнеспособность, социальное функционирование, эмоциональное состояние и психическое здоровье. Максимальным значением для всех шкал при полном отсутствии ограничений или нарушений здоровья является 100, а минимальным 0. С помощью перекодировки ответов производился подсчет показателей 8 шкал. Допустимый критический уровень значимости $p=0,05$. Все шкалы систематизируются в два показателя «физический компонент здоровья» и «психологический компонент здоровья». В физический компонент здоровья входят шкалы: физическое функционирование, ролевое функционирование, обусловленное физическим состоянием, интенсивность боли, общее состояние здоровья. Психологический компонент здоровья включает шкалы: психическое здоровье, ролевое функционирование, обусловленное эмоциональным состоянием, социальное функционирование, жизненная активность. Чем выше показатель по шкале, тем лучше качество жизни по этому параметру. Опросник заполнялся пациентом на основании его субъективного состояния.

Результаты исследования и их обсуждение. Используя данные, полученные в результате анкетирования с помощью опросника SF-36 в двух группах, был проведен анализ. Использование аутовены при БПШ в группе 2 способствовало

увеличению физического компонента в 1,2 раза, а психологического компонента – в 1,4 раза по сравнению с группой 1, где был использован биологический протез. Проанализировав данные опросника, получили следующие результаты: значение шкалы PF (физический фактор) в группе 1 составил 34,3%, а в группе 2 в 1,6 раза выше. Шкала RP (ролевой фактор) имеет следующие значения: в группе 1 – 10%, а в группе 2 в 4,3 раза выше. Шкала BP (фактор боли) в группе 1 составил 40,7%, а в группе 2 в 1,4 раза выше. Шкала GH (общее здоровье) в группе 1 38,8%, а в группе 2 в 1,2 раз выше. Шкала VT (жизненная активность) в группе 1 составила 41,3%, а в группе 2 в 1,48 раза выше. Шкала SF (социальный фактор) составил в группе 1 62,5%, а в группе 2 в 1,3 раза выше. Значение шкалы RE (эмоциональное состояние) в группе 1 составил 24,4%, а в группе 2 в 4,1 раза выше. Шкала MH (психическое здоровье) в 1 группе составил 59,2%, а в группе 2 в 1,18 раза выше. Использование аутоветны при БПШ в группе 2 способствовало увеличению физического компонента в 1,2 раза, а психологического компонента – в 1,4 раза по сравнению с группой 1, где был использован биологический протез.

Выводы:

1. Использование аутоветны при БПШ в группе 2 способствовало увеличению физического компонента в 1,2 раза, а психологического компонента – в 1,4 раза по сравнению с группой 1, где был использован биологический протез. 2. Проведение бедрено-подколенного шунтирования сопровождалось увеличением оценки «+3» по шкале R. V. Rutherford (в 5 раз) во 2 группе и «+2» по шкале R. V. Rutherford (в 2 раза) в 1 группе.

3. Применение аутоветнотрансплантата оказалось эффективнее аллотрансплантата в связи с более высокими оценками и повышенными показателями физического и психологического компонента.

Литература

1. Белов, Ю.В. Руководство по сосудистой хирургии // Ю.В. Белов. – М.: Медицинское информационное агентство, 2011. – 464с.

2. Бокерия Л.А., Темрезов М.Б. Хирургическое лечение больных с атеротромботическим поражением артерий нижних конечностей – выбор трансплантата при бедренно-подколенном шунтировании // Бокерия Л.А., Темрезов М.Б. – Москва, Анналы хирургии. – 2010. №2. – С. 5-8.

3. Гавриленко А.В., Скрылев С.И. Хирургическое лечение больных с критической ишемией нижних конечностей, обусловленной поражениями артерий инфраинвагинальной локализации // Гавриленко А.В., Скрылев С.И. / Ангиология и сосудистая хирургия. 2008. – Т.14, №3. – С. 111-117.

4. Покровский А. В. Клиническая ангиология // А. В. Покровский. – М.: Медицина, 2004 – 234 с.