

ИССЛЕДОВАНИЕ КАЧЕСТВА ЖИЗНИ И СТЕРЕОТИПОВ ПОВЕДЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПОСЛЕ АМПУТАЦИИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ ПРИ ОБЛИТЕРИРУЮЩИХ ЗАБОЛЕВАНИЯХ АРТЕРИЙ И ДИАБЕТИЧЕСКОЙ АНГИОПАТИИ

А.С. Кислова, О.В. Жатько, Е.М. Васильченко

ФГУ «Новокузнецкий научно-практический центр медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов ФМБА России», Новокузнецк

В общей структуре сердечнососудистых заболеваний окклюзионно-стенотические поражения артериального русла нижних конечностей занимают второе место, уступая первенство ишемической болезни сердца [2]. Диабет является важным независимым фактором риска атеросклероза периферических сосудов [3,9]. Последствием данных заболеваний нередко является ампутация конечностей, что приводит к ограничению жизнедеятельности и, как следствие, к снижению качества жизни (КЖ) больных [6]. КЖ, связанное со здоровьем, имеет отношение к субъективным оценкам самого пациента и распространяется на его способность достигать и поддерживать уровень социального и общественного функционирования, что отражается на его жизненных приоритетах и общем благополучии [4]. Субъективное отношение больных, в свою очередь, зависит от индивидуальных копинг-стратегий поведения, определяющих способность к адаптации в окружающих условиях и эффективность проводимых реабилитационных мероприятий.

Цель исследования: оценить уровень КЖ и продуктивность паттернов поведения пациентов после ампутации нижней конечности вследствие облитерирующих заболеваний артерий и осложнений сахарного диабета.

Материалы и методы: обследовано 63 пациента, поступивших на курс консервативного лечения в отделение сосудистой хирургии ФГУ «ННПЦ МСЭ и РИ ФМБА России» в период с сентября 2009 года по декабрь 2010 года. Первую группу составили 26 пациентов с сахарным диабетом (СД) 2 типа среднего и тяжелого течения, осложненного нейропатией, подтвержденной данными клинического и инструментального обследования. Во вторую группу были включены 37 больных с облитерирующими заболе-

ваниями артерий (ОЗА) нижних конечностей. Средний возраст больных составил 64,4 года (от 49,2 до 78,4 лет) в группе больных с СД и 60,4 лет (от 44,2 до 78 лет) в группе ОЗА. Половой состав в изучаемых группах: в первой группе было 15 (57,7%) мужчин и 11 (42,3%) женщин, во второй группе – 32 (86,5%) и 5 (13,5%), соответственно. Большинство больных в обеих группах имели IIБ степень артериальной недостаточности по классификации А.В. Покровского (1979 г.): 80,8% в первой и 89,2% во второй группе больных.

По уровню усечения конечности пациенты распределились следующим образом: в группе СД – с культей бедра 11 больных (42,3%), с культей голени – 15 больных (57,7%). В группе ОЗА – с культей бедра было 24 больных (64,9%), с культей голени – 13 пациентов (35,1%).

Показатели КЖ оценивались с помощью опросника MOS SF – 36 [7]; копинг-стратегии были выявлены по опроснику Э. Хайма [8].

Полученные данные обрабатывались с использованием стандартных методов описательной статистики. Были рассчитаны групповые показатели суммарной статистики – средняя арифметическая величина (М) и ошибка средней (m). Проверку гипотезы о равенстве генеральных средних во всех случаях проводили с помощью U-критерия Манна-Уитни для независимых переменных. Для проверки различия относительных величин использовался критерий Пирсона. Нулевую гипотезу отвергали в случае $p < 0,05$. Математическую обработку полученных результатов проводили с использованием пакета программ «STATISTICA-6.0» (StatSoft, USA).

Результаты: При сравнении показателей КЖ групп пациентов с СД и ОЗА с использованием SF-36 выявлено

Таблица 1. Показатели качества жизни в группах пациентов после ампутации вследствие облитерирующих заболеваний артерий и осложнений сахарного диабета (сравнение с популяционной нормой)

Шкалы по SF-36	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	РЭФ	ПЗ
Группы больных								
СД (n=26)	22,5*** ±4,16	21,15*** ±6,15	57,5* ±4,2	43,1** ±3,98	56,35 ±3,61	59,13 ±5,03	28,2*** ±7,78	58,15 ±3,61
ОЗА (n=37)	27,84*** ±3,94	29,05*** ±5,85	63,03 ±5,52	59,49 ±2,97	63,38* ±3,46	59,26 ±5,05	52,24 ±7,37	67,03* ±3,4
Популяционная норма	79,55 ±0,48	64,86 ±0,8	66,4 ±0,54	54,1 ±0,42	56,15 ±0,39	68,78 ±0,48	66,52 ±0,8	58,03 ±0,36

Примечание:

* – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$, *** – $p < 0,001$ – достигнутый уровень статистической значимости в сравниваемых группах по отношению к популяционной норме; n – количество пациентов в группах. Данные представлены в формате $M \pm m$, где M – среднее арифметическое; m – ошибка средней арифметической.

ФФ – физическое функционирование, РФФ – ролевое физическое функционирование, Б – боль, ОЗ – общее здоровье, Ж – жизнеспособность, СФ – социальное функционирование, РЭФ – ролевое эмоциональное функционирование, ПЗ – психическое здоровье.

Таблица 2. Показатели качества жизни пациентов после ампутации вследствие осложнений сахарного диабета и облитерирующих заболеваний артерий в зависимости от уровня усечения конечности

Шкалы по SF- 36	ФФ	РФФ	Б	ОЗ	Ж	СФ	РЭФ	ПЗ
Группы больных								
СД голень (n=15)	28,0 ±5,7	20,0 ±6,55	55,7 ±6,01	45,4* ±5,89	61 ±5,48	66,7 ±6,18	35,6 ±11,5	62,4 ±5,4
СД бедро (n=11)	15,0 ±5,52	22,7 ±11,9	60 ±5,87	40** ±5,04	50* ±3,57	48,9 ±7,62	18,2** ±9,38	52,4** ±4,02
ОЗА голень (n=13)	28,46 ±6,39	34,6 ±10,8	61,1 ±9,47	60,9 ±4,8	63,9 ±5,89	57,1 ±9,89	48,7 ±13,4	62,2 ±6,56
ОЗА бедро (n=24)	27,5 ±5,08	26,0 ±6,98	64,1 ±6,93	58,8 ±3,83	63,1 ±4,36	60,4 ±5,81	54,1 ±8,93	69,7 ±3,85

Примечание:

*- $p < 0,05$, **- $p < 0,01$ – достигнутый уровень статистической значимости в группах с одинаковым уровнем по-стампутированного дефекта. Данные представлены в формате $M \pm m$, где M – среднее арифметическое; m – ошибка средней арифметической, n – количество пациентов в группах.

различие показателей качества жизни с популяционной нормой по шкалам физического и ролевого физического функционирования в обеих обследуемых группах (Табл. 1). Показатели популяционной нормы взяты из обследования населения Санкт-Петербурга [5]. В группе больных СД также выявлено статистически значимое снижение качества жизни по шкалам боли, общего здоровья и ролевого эмоционального функционирования, а в группе больных ОЗА – увеличение среднего балла по шкалам жизнеспособности и психического здоровья. Также определены статистически значимые различия показателей КЖ при сравнении групп СД и ОЗА по шкалам общего здоровья ($p < 0,05$) и ролевого эмоционального функционирования ($p < 0,005$).

В зависимости от уровня дефекта, выделены следующие подгруппы: больные после ампутации голени, вследствие осложнений СД; после ампутации бедра, вследствие осложнений СД; больные после ампутации голени, вследствие ОЗА; после ампутации бедра, вследствие ОЗА.

Проведено сравнение параметров КЖ в подгруппах больных с одинаковым уровнем дефекта в разных нозологических группах (Табл. 2). В группах больных СД и ОЗА с дефектом на уровне голени отмечено статистически значимое различие по шкале общего здоровья. В группе больных СД и ОЗА после ампутации бедра выявлено различие по шкалам общего и психического здоровья, ролевого эмоционального функционирования и жизнеспособности.

Кроме того, у больных оценивали копинг-стратегии (когнитивные, эмоциональные и поведенческие) по опроснику Э.Хайма для выявления индивидуального стиля поведения при стрессе (Табл. 3).

При оценке когнитивных копинг-стратегий в группах СД и ОЗА выявили преимущественно относительно продуктивный тип поведения в обеих группах (65,4%

и 56,8%, соответственно). При оценке эмоциональных копинг-стратегий выявлено преобладание продуктивных паттернов поведения в группе ОЗА (54,1%) и непродуктивных – в группе СД (50%). Непродуктивный стереотип поведения в группе ОЗА и продуктивный – в группе СД выражены в равной степени (37,8% и 38,5%, соответственно). В поведенческих копинг-стратегиях в группе ОЗА преобладал непродуктивный паттерн (51,4%), а в группе СД – относительно продуктивный паттерн поведения (50%).

В группе СД выявлены умеренные отрицательные корреляционные зависимости между продуктивностью когнитивных копинг-стратегий и шкалой психического здоровья по SF-36 ($r = -0,59$; $p = 0,001$), а также шкалой общего здоровья ($r = -0,4$; $p = 0,03$). В группе ОЗА установлена корреляционная зависимость между когнитивными паттернами поведения и шкалой социального функционирования ($r = 0,34$; $p = 0,04$), с одной стороны, и шкалой общего здоровья, с другой стороны ($r = 0,4$; $p = 0,05$).

Обсуждение: В нашем исследовании отмечено снижение КЖ по шкалам физического и ролевого физического функционирования у больных с культями конечностей вследствие ОЗА и СД, что ранее описано в результатах других исследований [1,4]. Кроме того, данные авторы отмечали также снижение КЖ у больных с ОЗА по шкалам боли и общего здоровья, что может быть связано с включением в их обследование преимущественно больных (65%) с ишемией нижних конечностей III степени [4].

Снижение показателей в группе больных с СД по шкалам боли, общего здоровья и ролевого эмоционального функционирования связано, скорее всего, с наличием нейропатических болей в нижних конечностях, тяжестью основного заболевания и, как следствие, снижением эмоционального фона при повседневной деятельности.

Таблица 3. Копинг-стратегии больных с облитерирующими заболе

Копинг-стратегии	Группы больных					
	СД (n = 26), число лиц – абс. (%)			ОЗА (n = 37), число лиц абс. (%)		
Стиль поведения	Когнитивные	Эмоциональные	Поведенческие	Когнитивные	Эмоциональные	Поведенческие
Продуктивный	2 (7,7%)	10 (38,5%)	4 (15,4%)	5 (13,5%)	20 (54,1%)	4 (10,%)
Относительно продуктивный	17 (65,4%)	3 (11,5%)	13 (50%)	21 (56,8%)	3 (8,1%)	14 (37,8%)
Непродуктивный	7 (26,9%)	13 (50%)	9 (34,6%)	11 (29,7%)	14 (37,8%)	19 (51,4%)

Анализ параметров КЖ в подгруппах пациентов по уровню ампутации выявил следующее: сохраняется высокая статистическая значимость снижения показателей КЖ по шкалам физического и ролевого физического функционирования в обеих группах, однако, статистически значимого снижения показателей по шкале боли не выявлено, что можно объяснить уменьшением количества обследуемых больных в группах. Выявленные низкие значения показателя общего здоровья у пациентов с утратой конечности вследствие СД были обусловлены, в основном, низким уровнем общего здоровья у лиц после ампутации бедра. Вместе с тем, показатели шкалы общего здоровья в подгруппе пациентов с культей бедра вследствие ОЗА было существенно выше. Следовательно, снижение КЖ по этому показателю нельзя объяснить только уровнем ампутации. Возможно, это связано с половыми различиями в обследуемых группах: 42,3% женщин в группе больных СД и 13,5% – в группе ОЗА ($p = 0,015$). Поэтому более выраженное снижение значения по шкале общего здоровья, как и по шкалам социального и ролевого эмоционального функционирования можно объяснить именно превалированием женщин в группе СД с присущим им более эмоциональным отношением к жизни.

Различие величины показателей в подгруппах с одинаковым уровнем постампутационного дефекта и различной нозологией свидетельствует о дополнительном негативном влиянии основной патологии, а именно СД, на КЖ пациента.

Наличие корреляций между когнитивными паттернами поведения больных и шкалами общего и психического здоровья в группе пациентов с СД свидетельствует о лучшем восприятии своего физического и/или психического здоровья при продуктивных когнитивных копинг-

стратегиях поведения у больных. Однако в группе больных ОЗА, выявлена обратная взаимосвязь когнитивных паттернов поведения и шкал социального функционирования, общего здоровья: больные субъективно лучше оценивают своё здоровье или взаимоотношения с окружающими при более низкой продуктивности когнитивных паттернов поведения. Различия адаптивного поведения копинг-стратегий как сознательных стратегий преодоления стрессовых ситуаций, возможно, также связаны с различной половой структурой в сравниваемых группах.

Выводы:

1. Выявлено снижение уровня КЖ в группах пациентов после ампутации конечностей вследствие осложнений СД и ОЗА, по сравнению с популяционной нормой по шкалам общего здоровья и ролевого эмоционального функционирования.

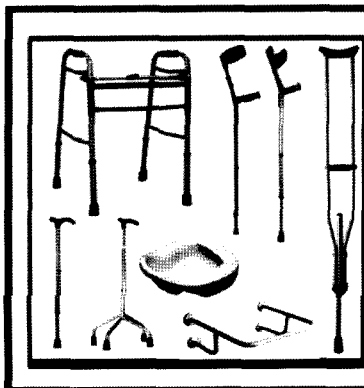
2. Установлено более выраженное снижение уровня КЖ в группе больных с СД после ампутации бедра по шкалам общего здоровья, жизнеспособности, ролевого эмоционального функционирования, психического здоровья, по сравнению со значениями данных показателей у больных с ОЗА.

3. При оценке индивидуальных когнитивных копинг-стратегий в группах пациентов после ампутации конечности вследствие СД и ОЗА выявлен преимущественно относительно продуктивный тип поведения.

4. Выявлена взаимосвязь показателей КЖ пациентов с индивидуальным паттерном поведения: между когнитивными паттернами поведения и шкалами общего и психического здоровья в группе больных с СД (прямая зависимость) и шкалами социального функционирования и общего здоровья в группе пациентов с ОЗА (обратная зависимость).

Литература

1. Абалмасов, К.Г. *Качество жизни больных с хронической ишемией нижних конечностей* / К.Г. Абалмасов, Ю.И. Бузиашвили, К.М. Морозов и др. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2004. – Т. 10, № 2. – С. 7-11.
2. Бокерия, Л.А. *Сердечно-сосудистая хирургия* – 2003. *Болезни и врожденные аномалии системы кровообращения* / Л.А. Бокерия, Р.Г. Гудкова – М.: Изд. НЦ ССХ им. А.Н. Бакулева, 2004. – 755 с.
3. Глинкина, И.В. *Дислипидемия и сахарный диабет 2 типа* / И.В. Глинкина, А.В. Зиллов // *Врач*. – 2003.- № 6. – С. 15-19.
4. Мартемьянов, С.В. *Качество жизни больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей в зависимости от индивидуально-типологических свойств личности пациента* / С.В. Мартемьянов, Е.А. Уваров, О.В. Сафонова и др. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2003. – Т. 9, № 4. – С. 15-19.
5. Мартемьянов, С.В. *Качество жизни больных с атеросклеротическим поражением артерий нижних конечностей в зависимости от индивидуально-типологических свойств личности пациента* / С.В. Мартемьянов, Е.А. Уваров, О.В. Сафонова и др. // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2003. – Т. 9, № 4. – С. 15-19.
6. *Рекомендованные стандарты для оценки результатов лечения пациентов с хронической ишемией конечности*. Москва. Российский консенсус. – 2001. – 29 с.
7. *Шкалы тесты и опросники в медицинской реабилитации* / под ред. А.Н. Беловой, О.Н. Шенетовой – М.: Антидор, 2002. – С. 193-195.
8. Heim, E. *Coping und Adaptivitat: Gibt es Geeignetes oder Ungeeignetes Coping?* / E. Heim // *Psychoter Psychosom Med Psychol*. – 1988. – № 1. – P. 8-17.
9. Kannel, W.B. *Diabetes and cardiovascular risk factor: the Framingham Study* / W.B. Kannel, D.L. MeGee // *Circulation*. – 1979. – Vol. 59. – P. 8-13.



АВЕРСУС®

работаем с 1995 г.

ООО "АВЕРСУС" производит и реализует со склада в г. Москве

ТРОСТИ металлические, пластиковые регулируемые по высоте, с УПС
КОСТЫЛИ подмышечные, деревянные, металлические, "Канадские", с УПС
ХОДУНКИ для взрослых, для детей, складные, шагающие, на колесиках
ПОРУЧНИ для туалетов и ванн
СУДНО подкладное, полимерное

info@aversus.ru

www.aversus.ru

129347 Москва, Югорский проезд, д.2, стр.3 (495) 637-93-00, (499) 188-65-83