

**МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ
СУМСЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ УНІВЕРСИТЕТ
МЕДИЧНИЙ ІНСТИТУТ**

ШВИДУН КАТЕРИНА ОЛЕКСАНДРІВНА

УДК: 616.147.3-007.64-089.168-056.22(043.3)

**ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ У ПАЦІЄНТІВ
З ВАРИКОЗНОЮ ХВОРОБОЮ НИЖНІХ КІНЦІВОК
У ПРАКТИЦІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ**

Спеціальність 14.01.38 - загальна практика – сімейна медицина

Робота на здобуття кваліфікаційного ступеня магістра

Науковий керівник –
Мелеховець Оксана Костянтинівна
кандидат медичних наук, доцент

СУМИ – 2017

ЗМІСТ

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ	3
ВСТУП	4
РОЗДІЛ 1. ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ	
1.1. Актуальні питання патогенезу та класифікації варикозної хвороби	6
1.2. Сучасні підходи до лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок	10
1.3. Стандартизовані методи оцінки якості життя.	14
РОЗДІЛ 2. МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ	
2.1. Дизайн та контингент дослідження.	18
2.2. Оцінка тяжкості варикозної хвороби нижніх кінцівок	19
2.3. Методика оцінки якості життя.	23
2.4. Статистичні методи.	27
РОЗДІЛ 3. ДИНАМІКА СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ДОСЛІДЖУВАНИХ ГРУПАХ	28
РОЗДІЛ 4. ОЦІНКА ДИНАМІКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ НИЖНІХ КІНЦІВОК	33
ВИСНОВКИ	39
СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ	40

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

- ВХНК – варикозна хвороба нижніх кінцівок
- ВПВ – велика підшкірна вена
- ЛЩЕ – лінійна щільність енергії
- ММП – матриксні металопротеїнази
- МПВ – мала підшкірна вена
- ПЛВ – потужність лазерного випромінювання
- СВ – стандартне відхилення.
- ЗБ – загальний бал
- ТІМП – тканинний інгібітор матриксних металопротеїназ
- УЗД – ультразвукове дослідження
- ШТС – швидкість тракції світловода
- ЯЖ – якість життя
- ІЯЖ – індекс якості життя
- ЗПСМ – загальна практика – сімейна медицина
- СЕАР – міжнародна класифікація хронічних захворювань вен нижніх кінцівок (Clinical, Ethiological, Anatomical, Patophysiological) International Consensus (1994).
- CIVIQ – Chronic Venous Insufficiency Questionnaire.
- VAS – Visual Analogue Scale
- VCSS – Venous Clinical Severity Scope.
- NHP – Нотінгемський профіль здоров'я
- VEINES – Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study
- AVVQ – Aberdeen Varicose Vein Questionnaire
- CXVUQ – Charing Cross Venous Ulceration Questionnaire

ВСТУП

Актуальність теми. Варикозна хвороба нижніх кінцівок (ВХНК) є однією з найпоширеніших проблем сучасності, при цьому включаючи в себе: неспроможність венозних клапанів, венозні симптоми, телеангіоектазії, ретикулярні вени, варикозні вени, набряк, зміни шкірних покривів, трофічні виразки і, завдаючи великий соціально-економічний збиток, значно погіршуючи якість життя пацієнтів[1]. До факторів ризику розвитку варикозного розширення вен відносяться: жіноча стать, вік, вагітність, етнічна приналежність, ожиріння, професії, що вимагають тривалого стояння або сидіння, географічні розташування.

Варикозно-розширені вени спостерігаються у 85% від числа жінок і 10% чоловіків. Приблизно дві третини пацієнтів, які мають варикозне розширення вен вважають свій стан недостатньо важливим з медичної точки зору, незважаючи на те, що симптоми були виявлені спонтанно при опитуванні, з використанням опитувальника VCSS. Світова розповсюдженість варикозної хвороби сягає показників 83.6%: 63.9% - хворі C1-C6 клінічних класів за CEAP, а 19.7% - особи C0s клінічного класу. В Україні ВХНК широко поширена патологія судин, яка охоплює 9,3 до 20,0 % населення в цілому та 25% працездатного населення України[6,7,16].

Дані досліджень Biland та Widmer виявили, що 10 % пацієнтів з варикозним розширенням вен не могли працювати, а 25 % демонстрували погіршення стану здоров'я. Smith et al., використовуючи опитувальник Aberdeen, повідомили, що пацієнти з варикозним розширенням вен мають знижену якість життя у порівнянні з населенням в цілому і їх стан значно покращився відносно показників, які були виявлені раніше після 6 тижнів проведеної операції[2,3].

Мета дослідження: оцінка якості життя пацієнтів з ВХНК у практиці лікаря загальної практики – сімейної медицини.

Завдання дослідження:

1. Проаналізувати перебіг ВХНК у хворих, що отримували симптоматичну терапію при амбулаторному нагляді лікаря ЗПСМ протягом 1 року.
2. Оцінити динаміку клінічної картини з використанням шкали VCSS через рік після оперативного лікування у хворих з ВХНК.
3. Провести порівняльну характеристику динаміки якості життя практично здорових осіб, хворих на ВХНК при терапевтичному лікуванні та після хірургічного втручання.
4. Провести оцінку якості життя за даними опитувальника CIVIQ за категоріями.

РОЗДІЛ 1

ОГЛЯД ЛІТЕРАТУРИ

1.1. Актуальні питання патогенезу та класифікації варикозної хвороби.

Розвиток варикозної хвороби представлений декількома теоріями. Однією з них являється порушення механізму м'язової помпи, яку описав Ловер (Lower) у 1670 р. У 1710 Valsalva було визначено, як впливає торакоабдомінальне дихання на посилення венозного руху крові до серця. В 1891 Trendelenburg запропонував метод оцінки клапанного апарату для диференційної діагностики між рефлюксом в системі поверхневих та глибоких вен.

При варикозній хворобі відбувається дисрегуляція синтезу колагену, що призводить до зниження еластичності венозної стінки та створює умови для її просторової деформації (варикозної трансформації). При цьому в стінці варикозних вен відбувається чергування сегментів судини з гіпертрофованою стінкою та атрофованими ділянками, які включають в себе невелику кількість гладком'язових волокон та незначну кількість міжклітинної рідини. Деградація протеїнів, які формують позаклітинний матрикс, відбувається в результаті дії протеолітичних ферментів, в першу чергу, матриксних металопротеїназ (ММР). Дані ферменти синтезуються ендотеліоцитами та макрофагами. При цьому виявляється збільшення рівня цитокінів, зокрема, трансформуючого фактору росту фібробластів.

Існує ще одна теорія розвитку варикозної хвороби. Важливу роль у процесі її розвитку відіграють гемодинамічні характеристики кровотоку, однією з яких слугує зміна "сили зсуву". Застій венозної крові протягом тривалого проміжку часу призводить до розтягнення стінки судини та деформації стулок клапанів. Як наслідок цього, виникає ретроградний

кровотік, що значно знижує тенгенціальне напруження венозної стінки. Навіть при відсутності рефлюкса, венозний стаз викликає формування на поверхні ендотелія зон з низькою та нульовою силою зсуву, що призводить до структурних змін венозної стінки.

Процеси, які зазначені вище можуть призводити до пошкодження ендотелію і, як наслідок цього, запускається ендотеліальна та лейкоцитарна активація, що призводить до виникнення венозного запалення. Запалення активує процеси порушення роботи клапанів вен, що підтверджує інфільтрація недостатніх клапанів великої підшкірної вени моноцитами вже на ранніх стадіях варикозної хвороби[31].

Трофічні виразки та механізм розвитку змін кольору шкірних покривів пов'язані із запаленням. Екстравазація макромолекул (фібриногена та $\alpha 2$ -макроглобуліна) та еритроцитів в інтерстиціальні тканини призводить до їх руйнування[4,29]. Продукти руйнування володіють потужним хемотаксичним ефектом, що являється першочерговим сигналом хронічного запалення. При ліподерматосклерозі та венозних виразках відбувається збільшення синтезу та найбільшої активності металопротеїназ (в особливості MMP-2). Виявлено високий рівень концентрації MMP в ексудаті MMP із активних виразок, тоді як рівень концентрації TIMP-2 (тканинних інгібіторів) при ліподерматосклерозі та венозних виразках був значно нижчий. Активність MMP при хронічній патології вен, яка не піддається контролю призводить до руйнування позаклітинного матриксу та утворенню венозних виразок, а також перешкоджає їх загоєнню.

Не менш важливе значення у прогресуванні клінічної симптоматики варикозної хвороби має механізм лейкоцитарної агресії. Під дією венозного стазу відбувається активація лейкоцитів в посткапілярних венулах, їх фіксація до ендотеліоцитів та вихід в паравазальний простір. Ці дані підтверджуються результатами імунохімічних та ультраструктурних досліджень, а також збільшенням рівня активатора плазміногена. Наступним етапом являється розвиток фібросклерозу під контролем трансформуючого

фактору росту- $\beta 1$ —добре відомого стимулятора фіброзу. Активовані лейкоцити, виходячи в навколишні тканини, стимулюють синтез фібробластами компонентів сполучної тканини. Їх кількість (відносно еритроцитів) в венозному руслі ураженої кінцівки значно вище, ніж в контрлатеральній.

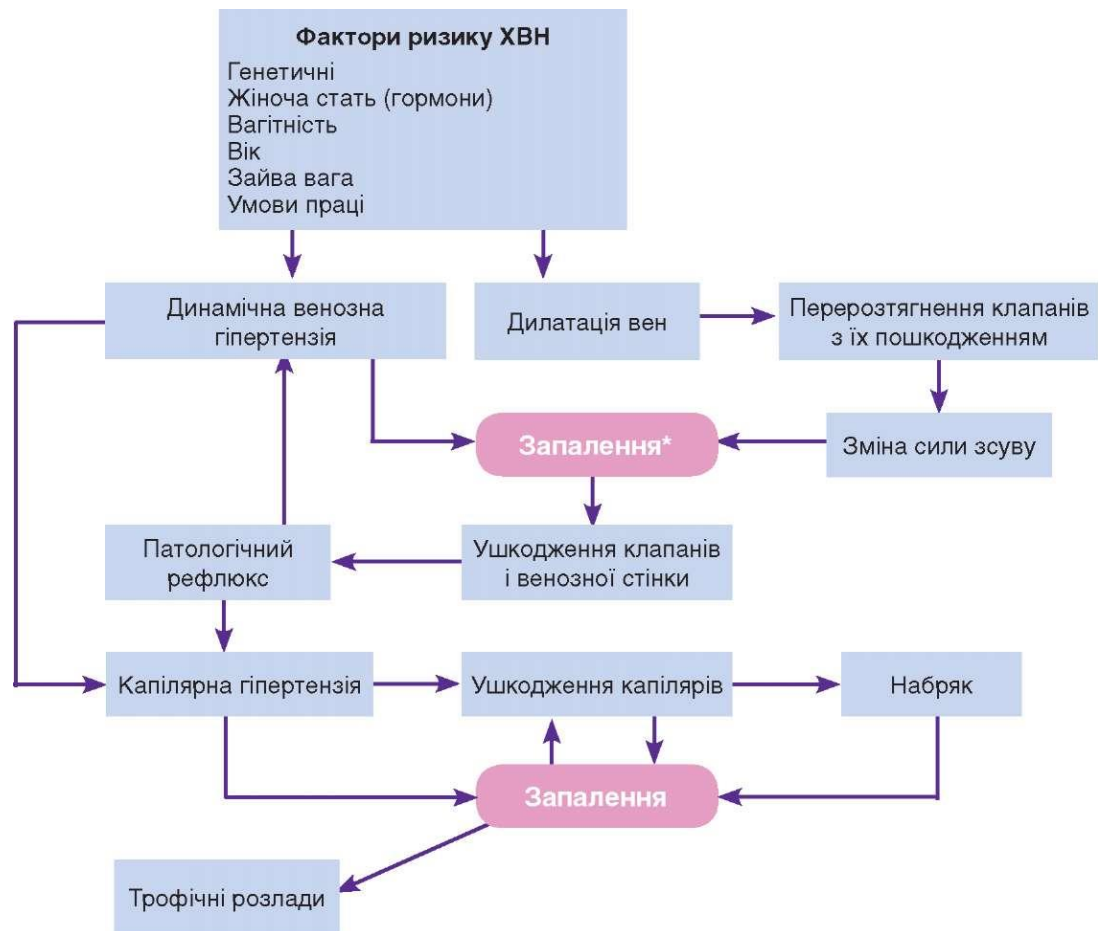


Рис. 1.1. Патогенез первинних форм ХЗВ.

Причинами патогенезу вторинних форм варикозної хвороби нижніх кінцівок можуть бути різноманітні, починаючи з гострого венозного тромбозу до розвитку патологічних станів, які призводять до порушення венозного відтоку (застійна серцева недостатність, здавлення ззовні, морбідне ожиріння, захворювання опорно-рухового апарату та ін.)

Згідно Міжнародній класифікації хвороб МКХ-10 варикозна хвороба класифікується у розділі IX «Хвороби системи кровообігу з шифрами»:

- I83.0 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок з виразкою
- I83.1 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок з запаленням
- I83.2 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок з виразкою та запаленням
- I83.9 Варикозне розширення вен нижніх кінцівок без виразки та запалення
- I87.2 Венозна недостатність (хронічна), (периферійна)
- Відповідність класифікацій СЕАР та МКХ наведено у таблиці 1.1[17].

Таблиця 1.1

Клінічні класи за СЕАР та коди діагнозу за МКХ

Клінічні класи за СЕАР	Діагноз за МКХ-10	Код МКХ-10
C0-C1	Інші уточнені ураження вен	I87.8
C2-C3	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок без виразки та запалення	I83.9
C4-C5	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок із запаленням	I83.1
C4-C6	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок з виразкою та запаленням	I83.2
C6	Варикозне розширення вен нижніх кінцівок з виразкою	I83.0

Клінічна класифікація: C0-немає візуальних або пальпаторних проявів венозної хвороби; C1-наявність телангіоектазій або ретикулярних вен; C2-варикозні вени; C3-набряк; C4а-гіперпігментація або екзема; C4в-ліподерматосклероз або біла атрофія шкіри; C5-венозна виразка, що загоюється; C6-відкрита виразка; S:симптоматичні (біль, свербіж, відчуття напруги та втомлюваності в ногах, м'язові судоми, подразнення шкіри, м'язові судоми); A: асимптоматичні.

Етіологічна класифікація: Ес-вроджена; Ер-первинна; Ес-вторинна (посттромботична); Еп-невизначеної етіології.

В кінці діагнозу вказують рівень діагностичних дій та дату обстеження.

В практиці сімейного лікаря використовується Міжнародна класифікація МКХ-10, при тому як класифікація варикозної хвороби за СЕАР характеризує етіопатогенетичні особливості варикозної хвороби нижніх кінцівок, що розширює можливості оцінки перебігу варикозної хвороби у динаміці та ефективності лікування.

1.2. Сучасні підходи у лікуванні варикозної хвороби.

Лікування варикозної хвороби складається з консервативного лікування, яке направлене на корекцію симптоматики захворювання та хірургічного, яке використовується для корекції клапанної недостатності, тоді як консервативне лікування слугує тільки підтримуючим процесом, а не вирішенням проблематики захворювання[8,12].

Консервативне лікування включає в себе прийом таблетованих препаратів, тобто використання венотоніків (у вигляді мазей, гелів, таблетованих препаратів), які спрямовані на стимулювання венозного відтоку та покращення мікроциркуляції, що дає змогу знизити вираженість болю та набряк за умови курсового прийому, дотримання дієти, виконання вправ, характерних для даної нозології, носіння компресійного трикотажу (гольф, панчіх, колгот) протягом всього дня та зняттям на ніч.

Найбільш ефективними препаратами являються венотоніки (детралекс - 1 табл. х 2 р./день та флебодія 600 мг - 1 табл.- вранці). Ці препарати містять в собі діосмін - потужний венотонік. Курс лікування від 2 місяців до півроку[18].

Механізм дії венотоніків направлений на підвищення венозного тону, зменшення розтяжності вен і веностазу, поліпшення мікроциркуляції, зменшення проникності капілярів і підвищення їх резистентності,

поліпшення лімфатичного дренажу та збільшення лімфатичного відтоку, зменшення взаємодії лейкоцитів та ендотелію, адгезії лейкоцитів у пост-капілярних венулах і, як наслідок цього, призводить до зниження пошкоджуючої дії медіаторів запалення на стінки вен та стулки клапанів вен. Венозний тонус підвищується завдяки підсиленню тропності пристінкового норадреналіну до міоцитів вен (підвищують синтез та/або вивільнення норадреналіну; інгібують активність катехол-о-метилтрансферази; помірно знижують активність фосфодіестерази). Вентоніки покращують трофіку тканин та мікроциркуляцію за рахунок зниження проникності капілярів та підвищення їх резистентності. Протизапальний ефект реалізується завдяки антикомплементарній активності, гальмуванню реакції вивільнення пероксид-аніонів, зниженню продукції лейкотрієнів.

Основним методом лікування варикозної хвороби являється хірургічне втручання. Мета операції направлена на усунення симптомів захворювання, запобігання прогресування варикозної трансформації підшкірних вен, порушення венозного відтоку, за рахунок усунення рефлюксу крові, видалення патологічної венозної ємкості, а також усунення косметичного дефекту, викликаного захворюванням.

Хірургічне втручання представлене кількома способами, які виконуються одночасно та поетапно. Показанням до оперативного лікування є наявність рефлюксу крові в поверхневих венах. Основний метод оперативного лікування - це комбінована флебектомія, яка складається з наступних етапів:

- висока пригирлова перев'язка та перетин великої підшкірної вени та/або малої підшкірної вени з притоками (кросектомія);

- видалення стовбурів великої підшкірної вени та/або малої підшкірної вени;

- видалення варикозно-змінених притоків великої підшкірної вени та малої підшкірної вени;

-ліквідація неспроможних перфорантних вен.

Оптимальним для лігування великої підшкірної вени являється доступ по пахвинній складці. ВПВ повинна бути легована пристінково до стегнової вени, всі пригирлові притоки повинні бути перев'язані. Стовбур ВПВ видаляють за допомогою зондів різної конструкції. Визначаючи протяжність стріпінга ВПВ, необхідно враховувати, що в більшості спостережень (80-90%) рефлюкс по ВПВ реєструється тільки від гирла до верхньої третини гомілки, таким чином, у більшості пацієнтів оптимальним являється виконання “короткого стріпінга”–видалення стовбура на протязі від гирла до верхньої третини гомілки. Видалення ВПВ на всьому протязі (“тотальний” стріпінг) супроводжується більш високою частотою пошкоджень підшкірних нервів в порівнянні з видалення ВПВ від гирла до верхньої третини гомілки. При цьому частота рецидивів ВХ істотно не відрізняється. Видалення незміненого стовбуру ВПВ на гомілці не рекомендується. Сегмент вени, який залишився, в подальшому можна використовувати для реконструктивних судинних операцій[42,44].

Видалення варикозно-змінених притоків ВПВ та МПВ слід виконувати по методиці мініфлебектомії із застосуванням відповідних інструментів через проколи шкіри, при цьому не потребуючи накладення швів.

Основним методом усунення рефлюксу по перфорантним венам при відсутності трофічних змін шкіри являється їх надфасціальна перев'язка, для чого слід надавати перевагу інструментарію для мініфлебектомії.

Хірургічні методи лікування первинного рефлюксу по глибоким венам можна розділити на дві групи. Перша передбачає проведення флеботомії та включає внутрішню вальвулопластику, створення нових клапанів. Друга група не потребує проведення флеботомії та включає екстравазальні втручання, зовнішню вальвулопластику (трансмуральну або транскомісуральну), ангіоскопічно асистовану екстравазальну вальвулопластику, черезшкірне встановлення корегуючих приладів. Надається перевага інтравазальній корекції клапанного апарату[43,45].

Сучасна хірургічна практика не стоїть на місці і знаходить новітні методики вирішення проблематики захворювання і ознайомлює нас з лазерними технологіями (проведенням ендовенозної лазерної коагуляції), які направлені корекцію варикозно-зміненої стінки шляхом теплового впливу з використанням високих доз опромінення[26,30,40].

Методика проведення ендовенозної лазерної коагуляції: в асептичних умовах виконується пункція ВПВ або МПВ спеціальним венозним катетером на рівні або дистальніше від нижньої межі рефлюксу, що визначається УЗ-дослідженням, у просвіт вени вводять лазерний світловод у проксимальному напрямку до вени більшого порядку (стегнової вени при втручанні на ВПВ, підколінної вени при втручанні на МПВ або до ВПВ при коагуляції її притоків) на відстані 0,5 см від сафено-фemorального та 1,0 см від сафено-поплітеального співустя[47,48]. Для забезпечення зовнішньої компресії вени та видавлювання крові з необхідного сегмента використовують положення Тренделенбурга та формують паравазальну подушку під сонографічним контролем. У разі місцевого знеболювання проводять тумесцентну анестезію. Виконують коагуляцію в ретроградному напрямку (проти току крові по ВПВ) з середньою швидкістю тракції 3 мм/с[9,10,32]. Для розрахунку швидкості тракції світловоду (ШТС) використовують: потужність лазерного випромінювання (ПЛВ) апарату ($1 \text{ Вт} = 1 \text{ Дж/с}$); лінійну щільність енергії (ЛЩЕ) з коефіцієнтом перерахунку $1 \text{ Дж/см} = 0,1 \text{ Дж/мм}$. Варикозно-змінені притоки склерозуються та забираються через мікродоступи. Після процедури накладається компресійний бандаж і в подальшому для комфортності у носіння призначаються компресійні панчохи II ступеня компресії[11,33,34].

Всі ці методи направлені на скорочення термінів втрати працеспроможності та нормальної фізичної активності, не потребують загальної анестезії, зменшують больовий синдром та вираженість інших ускладнень, що поліпшує якість життя хворих.

1.3. Стандартизовані методи оцінки якості життя.

Інструментами для оцінки якості життя, згідно міжнародним стандартам, являються опитувальники, до яких відносяться загальні опитувальники, які не прив'язані до будь-якої нозологічної форми та відображають загальні сторони якості життя (SF-36, Нотінгемський профіль здоров'я (NHP), опитувальник EQ-5D) та предметно-орієнтовані опитувальники, які базуються на вивченні впливу конкретного патологічного процесу на здоров'я, якість життя та проведене лікування (VEINES, AVVQ, CXVUQ, Freiburger Questionnaire of Quality of Life in Venous Diseases, CIVIQ)[5,41]. Таким чином, можна детально прояснити вплив конкретної патології на якість життя та оцінити результати послідуєчого лікування. Одним з найбільш популярних опитувальників являється *SF-36*, який представлений у вигляді оцінок в балах по 8 шкалам і найбільший результат, тобто-100 балів, вказує на найкращу якість життя пацієнта[15]. *SF-36* оцінює наступні показники:

- 1) загальний стан здоров'я – відображає оцінку хворим свого стану здоров'я в даний момент та перспектив лікування;
- 2) фізичне функціонування, яке відображає можливість виконання фізичних навантажень;
- 3) вплив фізичного стану на рольове функціонування (роботу, виконання повсякденної діяльності);
- 4) вплив емоційного стану на виконання роботи або іншої повсякденної діяльності (включаючи збільшення витрат часу, зменшення об'єму виконаної роботи, зниження якості її виконання);
- 5) соціальне функціонування, яке відображає ступінь соціальної активності (спілкування);
- 6) інтенсивність болю, яка відображає можливість виконання повсякденної діяльності, включаючи роботу по дому та поза її межами;

- 7) життєздатність, яка відображає ступінь бадьорості та енергії або, навпаки, знесилення;
- 8) самооцінка психічного здоров'я, яка характеризує настрій (наявність депресії, тривоги, позитивних емоцій).

Опитувальник SF-36 широко охоплює параметри якості життя, але його використання як моноінструменту для проведення досліджень не дає позитивних результатів, так як в достатньому обсязі не відображає динаміку захворювання та результати лікування.

Не менш важливим по значимості являється *Нотінгемський профіль здоров'я (NHP)*, який представлений у вигляді 38 запитань (компонентів) і відображає такі показники: життєздатність (3 компоненти), інтенсивність болю (8 компонентів), емоційний стан (9 компонентів), сон (5 компонентів), соціальне функціонування (5 компонентів), фізична активність (8 компонентів). Результати опитування оцінюються за шкалою від 0 до 100 балів, де найвищий бал – найгірший показник. На ряду з позитивними сторонами опитувальника є ще і недосконалість його структури, так як може широко використовуватися в різноманітних областях клінічної практики, а не використовується в конкретній області; викривлення істинного положення речей при конструкції питань по типу "так-ні"; незначна чутливість опитувальника до результатів лікування; обмежена доступність.

Опитувальник EQ-5D. Базується на оцінці 5 компонентів: фізична активність, самообслуговування, повсякденна діяльність, інтенсивність болю, емоційний стан. Складність у використанні: збільшення часу на дослідження та обробку результатів (243 варіанти відповіді), нечутливість до результатів лікування, обмежена доступність.

Предметно-орієнтовані опитувальники дозволяють об'єктивно оцінити динаміку і тяжкість захворювання, так як являються одним з основних інструментів оцінки успішності/неуспішності лікування.

Venous Insufficiency Epidemiological and Economic Study (VEINES) включає в себе 26 позицій, з яких: 10—відображають вираженість конкретних симптомів захворювання, 9—обмеження фізичної активності, 5—психоемоційний компонент. Бали градуєвані від 2 до 7. Специфіка опитувальника базується на відображенні клінічних аспектів захворювання та акцентує увагу на обмеженні фізичної активності. До недоліків цього опитувальника можна віднести: практично не відображає анамнестичний та етіологічний фактори; відсутність уяви пацієнта про можливі ускладнення його патології, що має віддзеркалення на оцінці психоемоційної ланки якості життя; акцентує увагу пацієнта на вузькому часовому проміжку (4 тижні); не включає предметних питань про порушення трофіки (важливо при оцінці тяжкості захворювання та результатів лікування)[22].

Freiburger Questionnaire of Quality of Life in Venous Diseases відображає все хронічне захворювання вен та їх ускладнення. Складається з 80 позицій, які характеризують основні компоненти якості життя. До недоліків цього опитувальника слід віднести: громіздкість та складність виконання, використовується у якості моноінструмента, не володіє необхідною доступністю, немає даних про часте використання.

Aberdeen Varicose Vein Questionnaire (AVVQ) представляє собою вузькопрофільний опитувальник, який складається з 13 питань, направлених на відображення оцінки різноманітних симптомів варикозної хвороби. Шкала ранжується від 0 до 100 балів, де 100—найгірший показник. Недоліки: наявні графи, де пацієнт повинен схематично позначити варикозні вени на малюнку; відсутні анамнестичні та етіологічні дані, немає чіткої градації симптомів, увага акцентується на останніх 2 тижнях від часу заповнення опитувальника; некоректність

запитань про застосування анальгетиків пацієнтам з патологією венозної системи.

Charing Cross Venous Ulceration Questionnaire (CXVUQ) розроблений для вивчення впливу трофічних виразок на якість життя. До недоліків цього опитувальника можна віднести: мізерну анамнестичну інформацію, відображає лише один специфічний симптом захворювання; відсутність предметних запитань про плин захворювання до утворення виразки; не відображає необхідної динаміки в процесі лікування; не враховується спектр хронічного захворювання вен та немає чіткої градації симптомів.

Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ), який представлений 20 пунктами, які відображають 4 компоненти якості життя та динаміку змін клінічного статусу, які відбуваються впродовж лікування . Шкала балів охоплює від 20 до 100, де найвищий бал-гірший показник).

Не менш важливе значення має проведення профілактики щодо прогресування захворювання та попередження рецидивів, так як варикозна хвороба являється прогресуючим патологічним станом, при якому можливе повернення симптомів, навіть при вдало виконаному оперативному лікуванні. Тому пацієнти потребують постійного нагляду, носіння компресійного трикотажу , прийому флеботропних фармакологічних препаратів, контролю маси тіла та балансу між дотриманням графіку праці та відпочинку. Диспансерний нагляд за пацієнтами проводиться протягом 1 року, з періодичними візитами після проведеного хірургічного втручання.

РОЗДІЛ 2

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ ДОСЛІДЖЕННЯ

2.1. Дизайн та контингент дослідження.

В дослідження були включені дані 105 осіб, з яких 40 пацієнтів з ознаками варикозної хвороби нижніх кінцівок С1–С3 клінічних класів за класифікацією СЕАР, які знаходились під наглядом сімейного лікаря та отримували симптоматичну терапію (венотоніки, компресійний трикотаж, ЛФ) були включені у 1 групу, дані обстежень 35 пацієнтів (група 2) з ознаками варикозної хвороби після оперативного втручання та група 0-30 пацієнтів, без ознак варикозної хвороби.

Клінічні групи були зіставні за статтю (жінки склали 81,1% в 1 групі; 77,0%-в 2 групі; 85,3%-в 3 групі), віком (47,51 в 1 групі; 54,89 в 2 групі; 50,11 в 3 групі; віковий діапазон 20 – 70 років) (табл. 2.1). Середній діапазон віку склав 45, переважно жіночої статі.

Таблиця 2.1.

Характеристика досліджуваних груп

Група	Група 0	1 група	2 група
1	2	3	4
Кількість, осіб	n=30	n=40	n=35
Середній вік (СВ, діапазон років)	47,51 (СВ 15.89; 22-70)	54,89 (СВ 13.06; 20-70)	50,11(СВ 12.72; 24-68)
Стать жіноча, осіб,%	27 (92,9%)	35 (95,0%)	29 (93,8%)
Клінічний клас за СЕАР, кількість осіб			
С0-С1	0	19	17
С2-С3	0	21	18

1	2	3	4
Середній діаметр великої підшкірної вени	3.5 мм	6.3 мм	6.8 мм

Примітка: $P > 0,05$ – вірогідність відмінності між 0,1 та 2 гр.

Критеріями виключення були наявність ВХНК СЕАР 4-6, наявність декомпенсованих супутніх захворювань, стан вагітності, онкологічні захворювання.

2.2. Оцінка динаміки тяжкості варикозної хвороби нижніх кінцівок.

2.2.1. Клінічна характеристика досліджуваних груп

Для клінічного обстеження при варикозній хворобі проводився огляд нижніх кінцівок (телангіектазії, варикозно змінені вени, набряк, зміна кольору шкіри, *corona phlebectatica*, наявність виразок, ліподерматосклероз), пальпація (ущільнення, пульсація, рефлюкс, варикосайти, локальний біль), аускультация (шум) і обстеження литки. Для виявлення симптомів хронічної венозної хвороби пацієнтів було опитано з врахуванням таких критеріїв, як біль та його аналоги (відчуття дискомфорту, втому, тяжкість, печію, ломоту, свербіж, поколювання), набряки, м'язові судоми. Для того, щоб виявити особливості виникнення, перебігу захворювання проводився ретельний збір анамнестичних даних пацієнта[50].

Для кількісної оцінки динаміки клінічних змін було використано модифіковану шкалу оцінки ступеню клінічної тяжкості Venous Clinical Severity Score (VCSS) (табл. 2.2).

Основними клінічними характеристиками для розрахунку були: біль, варикозні вени, венозний набряк, пігментація шкіри, запалення, індурацію, кількість, розмір і тривалість існування активних виразок, а також режими використання компресійного трикотажу згідно з модифікованою шкалою Revised Venous Clinical Severity Score, 2010.

Модифікована шкала клінічної тяжкості варикозної хвороби

(Revised Venous Clinical Severity Score, 2010)

Клінічний симптом	Легкий ступінь тяжкості***	Середній ступінь тяжкості***	Тяжкий ступінь ****
Біль	Час від часу	Кожного дня без обмеження фізичної активності	Кожного дня з обмеження фізичної активності
Варикозні вени	Декілька	Гомілка або стегно	Гомілка та стегно
Венозний набряк	Ступня та литка	Нижче коліна	Коліно та вище
Пігментація шкіри	Локально навколо литки	Дифузно нижче 1/3 гомілки	За межами 1/3 гомілки
Запалення	Локально навколо литки	Дифузно нижче 1/3 гомілки	За межами 1/3 гомілки
Індурація	Локально навколо литки	Дифузно нижче 1/3 гомілки	За межами 1/3 гомілки
Кількість активних виразок	1	2	3 або більше
Тривалість активних виразок	< 3місяців	3-12 місяців	> 1 року
Розмір активних виразок	< 2см	2-6см	>6 см
Компресійна терапія	Періодично	Більшість діб	Постійно

Примітка: *-0 балів; **-1 бал; ***-2 бали;****-3 бали.

При оцінці розміру виразок враховувався найбільший діаметр найбільшої виразки. Пігментація шкіри розглядалась як потемніння шкіри коричневого кольору, пов'язане з екставазацією крові. Запалення характеризує активність венозної хвороби та включає в себе еритему, целюліт, дерматит, венозну екзему. Індурація свідчить про більшу тяжкість варикозної хвороби та виглядає як хронічний набряк з фіброзними змінами,

запаленням субдермальних шарів шкіри, білою атрофією, ліподерматосклерозом. Corona phlebectatica, яка складається з п'яти та більше синіх телангіоектазій на внутрішній або зовнішній поверхні литки або ступні, асоціюється з хронічною венозною недостатністю, тому враховувалась в легку ступінь тяжкості[23,24].

Для моніторингу ефективності лікування нами було розроблено версію опитувальника VCSS на українській мові для кількісної оцінки динаміки клінічних змін з використанням відповідних критеріїв: втомлюваність (наявна/відсутня), біль (0-3 бали), венозний набряк (0-3 бали), гіперпігментація шкіри, (0-3 бали), запалення, еритема, екхімози, індурація (0-3 бали); кількість, тривалість та розмір активних виразок (0-3 бали). За шкалою аналогового оцінювання за 0 прийнято відсутність клінічних проявів, за 3 бали - тяжкі прояви (табл. 2.3).

Табл. 2.3

Опитувальник загальної оцінки тяжкості варикозу

П.І.П.	Дата візиту	Дата візиту	Дата візиту	Дата візиту	Дата візиту
Біль, (0-3 бали)					
Варикозні вени, (0-3 бали)					
Венозний набряк, (0-3 бали)					
Пігментація шкіри, (0-3 бали)					
Запалення, (0-3 бали)					
Індурація, (0-3 бали)					
Кількість активних виразок, (0-3 бали)					
Тривалість активних виразок, (0-3 бали)					
Розмір активних виразок, (0-3 бали)					
Компресійна терапія, (0-3 бали)					
Загалом VCSS-бали					

З метою оцінки больового синдрому було використано вербальну описуючу шкалу болю Verbal Descriptor Scale (Gaston-ohansson F., Albert M., Fagan E. et al., 1990)[27]. За методикою, інтенсивність болю описується відповідними термінами в діапазоні від 0 (нема болю) до 10 балів (найбільш інтенсивний біль) (рис. 2.1)



Рис. 2.1. Приклад візуальної аналогової шкали болю (Visual Analogue Scale).

Візуальна аналогова шкала болю Visual Analogue Scale (VAS) (Huskisson E. C., 1974) є методом суб'єктивної оцінки з використанням лінії довжиною 10 см, що відповідає ступеню інтенсивності болю[25]. Ліва межа відповідає показнику «болю немає», права—«наявність болю». При динамічній оцінці зміна інтенсивності болю враховується за значиму, якщо різниця між попередньою та наступною відмітками більша за 13 мм.

2.2.2. Сонографічна характеристика варикозно-змінених вен у досліджуваних групах

УЗ-дослідження являється основним діагностичним методом при обстеженні пацієнтів з варикозною хворобою нижніх кінцівок, який дає можливість дослідити стан не тільки поверхневих вен, а і глибокої венозної системи. Сканування передбачає використання одного або одночасно 2-3 режимів дослідження. Основним є В-режим, додатковим може бути кольорове кодування потоку крові, імпульсно-хвильовий доплер або їх поєднання. Цей метод дозволяє візуалізувати судину, визначити напрямок кровотоку та його параметри. Методика проведення ультразвукового дослідження функції клапанів поверхневих, глибоких та перфорантних вен виконується в положенні стоячи або сидячи. Більш ефективний метод проведення у положенні стоячи, тому що не завжди в положенні сидячи

можна виявити рефлюкс, який буде присутній у положенні стоячи. Дослідження займає тривалий проміжок часу, при необхідності можна лоціювати вени, які знаходяться нижче середини стегна у положенні сидючи з напівзігнутою розслабленою ногою. Глибоке венозне русло, вени порожнини малого тазу та за очеревинного простору можна досліджувати в положенні лежачи[13,35,36].

Метою ультразвукового дослідження є визначення всіх некомпетентних магістральних вен та їх додатків, що є причинами клінічних симптомів варикозної хвороби нижніх кінцівок. Оцінка структурних компонентів проводилась у сірошкальному режимі зображень, оцінка гемодинамічних параметрів—за допомогою кольорової (CD) та імпульсно-хвильової доплерографії (PWD)[37,38,39].

2.3. Методика оцінки якості життя.

Для оцінки якості життя було вибрано опитувальник Chronic Venous Insufficiency Questionnaire (CIVIQ), який представлений 20 пунктами, які відображають 4 компоненти якості життя: фізичний, психологічний, соціальний та враженість больового синдрому. Шкала балів охоплює від 20 до 100, де найвищий бал - гірший показник)[19,20,49].

Табл. 2.4

Опитувальник CIVIQ

ПІБ					
Рік народження					
Контактний телефон					
Категорії оцінки	Ні	Слабкий біль	Середній	Виражений	Тяжкий
1	2	3	4	5	6
1.Протягом останніх 4 тижнів чи відчували Ви біль в області гомілок? Якої інтенсивності?	1	2	3	4	5

1	2	3	4	5	6
2.Протягом останніх 4 тижнів чи заважали проблеми з Вашими ногами виконанню звичної роботи/діяльності?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
3.Протягом останніх 4 тижнів чи відмічаєте Ви порушення сну внаслідок проблем з ногами, та як часто це відбувалось?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
Протягом останніх 4 тижнів чи лімітували проблеми з ногами виконанню наступних дій/видів активності?					
4.Залишатися в стоячому положенні тривалий час?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
5.Підніматися сходами?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
6.Присідати та становитися навколiшки?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
7.Ходити у жвавому темпі?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
8. Подорожувати, їхати в автомобілі, у транспорті?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
9. Виконувати домашню роботу (готувати їжу, носити дитину на руках, прасувати, мити підлогу чи меблі, виконувати дрібну роботу)?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5

1	2	3	4	5	6
10. Відвідувати дискотеки, весілля, вечірки?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
11. Займатися спортом, виконувати роботу, що потребує докладання фізичних зусиль?	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
Протягом останніх 4 тижнів чи відчували Ви вплив проблем з ногами на Вашу душевну рівновагу? В якій мірі?					
12. Я відчуваю напругу	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
13. Я відчуваю швидку втомлюваність	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
14. Я відчуваю себе тягарем для інших	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
15. Я повинен постійно бути обережним (витягувати ноги, запобігати тривалому перебуванню в стоячому положенні)	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
16. Я соромлюсь показувати свої ноги	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
17. Я легко дратуюсь	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
18. Я відчуваю фізичну обмеженість	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5

1	2	3	4	5	6
19. Я відчуваю труднощі з ранковим вставанням	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5
20. Мені не хочеться виходити з дому	Ні 1	Слабкий біль 2	Середній 3	Виражений 4	Тяжкий 5

Наявність запитань анамнестичного характеру допоможе спрямувати клінічне мислення у необхідне русло і оцінити значимість кожного симптому, попередньо спростивши первинну уяву про пацієнта.

Кожна відповідь мала 5-бальну оцінку і найвищий бал вказував на найтяжчі порушення. Характеристика бальної системи вказувала на: «1», якщо прояви були відсутні, «2»–легкі, «3»–значні, «4»–тяжкі, «5»–дуже тяжкі[21].

Таблиця 2.5.

Характеристика оцінної шкали з урахуванням балів за категоріями

№ пор.	Оцінна категорія	Мінімальні бали	Максимальні бали
1	2	3	4
	Фізична категорія	4	20
1	Підніматися сходами	1	5
2	Низько нагинатися, ставати на коліна	1	5
3	Швидко йти	1	5
4	Виконувати домашню роботу	1	5
	Психологічна категорія	9	45
1	Почуття відчаю	1	5
2	Швидка втомлюваність	1	5
3	Відчуття обтяжування інших	1	5
4	Необхідність бути обережним	1	5
5	Соромитися показувати свої ноги	1	5
6	Легка роздратованість	1	5
7	Відчуття перешкоджання	1	5
8	Тяжко рухатися вранці	1	5
9	Відсутність бажання виходити з дому	1	5
	Соціальна категорія	3	15

1	2	3	4
1	Ходити на прогулянки, весілля, вечірки, фуршети	1	5
2	Займатися спортом, виконувати фізичні вправи	1	5
3	Подорожувати автомобілем/автобусом/літаком	1	5
	Категорія болю	4	20
1	Біль у кінцівках	1	5
2	Проблеми на роботі через кінцівки	1	5
3	Порушення сну внаслідок проблем із ногами	1	5
4	Неможливість довго стояти	1	5
	Загальний бал	20	100

У таблиці 2.5 наведені шкала оцінювання за категоріями (фізична категорія – від 4 до 20 балів, психологічна категорія – від 9 до 45 балів, соціальна категорія – від 3 до 15 балів, категорія болю – від 4 до 20 балів) та загальна шкала оцінювання якості життя (від 20 до 100 балів).

Загальний бал (ЗБ) складався із суми набраних балів за категоріями. Враховуючи той факт, що значущість окремих категорій, вирахована в балах згідно з кількістю запитань у кожній, неоднорідна, проводили індексацію якості життя за формулою: $IЯЖ = (a-b)/(c - b) \cdot 100 \%$, де ІЯЖ – індекс якості життя; а – фактична сума балів; b – мінімальна розрахункова сума балів; c – максимальна розрахункова сума балів.

2.4. Статистичні методи.

Статистичну обробку отриманих результатів досліджень проводили за рахунок комп'ютерного варіаційного, непараметричного, одно- (ANOVA) та багатофакторного (ANOVA/MANOVA) дисперсійного аналізу (програми «Microsoft Excel» і «Statistica-Stat-Soft», США). Оцінювали середні значення (M), стандартні відхилення (CB) та похибки (m), критерії множинної регресії, дисперсії за Стьюдентом (t), та достовірність статистичних показників (p).

РОЗДІЛ 3

ДИНАМІКА СТУПЕНЮ ТЯЖКОСТІ КЛІНІЧНОЇ СИМПТОМАТИКИ В ДОСЛІДЖУВАНИХ ГРУПАХ

Для аналізу динаміки клінічного статусу в досліджуваних групах було оцінено результати VCSS до проведеної симптоматичної терапії та через 1 рік у 1 групі, при тому як у 2 групі оцінювали результати VCSS до оперативного втручання та після нього (табл. 3.1)[25].

Таблиця 3.1

Клінічний симптом	1 група (n = 40)		2 група (n=35)	
	До проведеної симптоматичної терапії	Через 1 рік після проведеної симптоматичної терапії	До проведеного оперативного втручання	1 рік після оперативного втручання
1	2	3	4	5
Біль	2,01*	3,77**	2,08*	0,22**
Варикозні вени	2,68*	3,90**	2,74*	1,22**
Венозний набряк	2,06*	3,46**	2,17*	0,24**
Пігментація шкіри	0,29*	0,71**	0,27*	0,04**
Запалення	1,02*	2,87**	1,05*	0,02**
Індурація	1,02*	2,25**	1,07*	0,09**
Кількість активних виразок	0	0	0	0
Тривалість активних виразок	0	0	0	0
Розмір активних виразок	0	0	0	0
Компресійна терапія	1,12*	1,20**	1,11*	0,92**

1	2	3	4	5
Кількість балів VCSS	10,50*	15,82**	10,79*	2,75**

Примітка: 1 група, 2 група до лікування: $P > 0,05$; 1 група, 2 група після лікування: $p < 0,05$.

Оцінювання основних клінічних характеристик: болю, варикозних вен, венозного набряку, пігментації шкіри, запалення, індурації, кількості, розміру і тривалості існування активних виразок, а також режимів використання компресійного трикотажу проводилось згідно з модифікованою шкалою Revised Venous Clinical Severity Score, 2010[14].

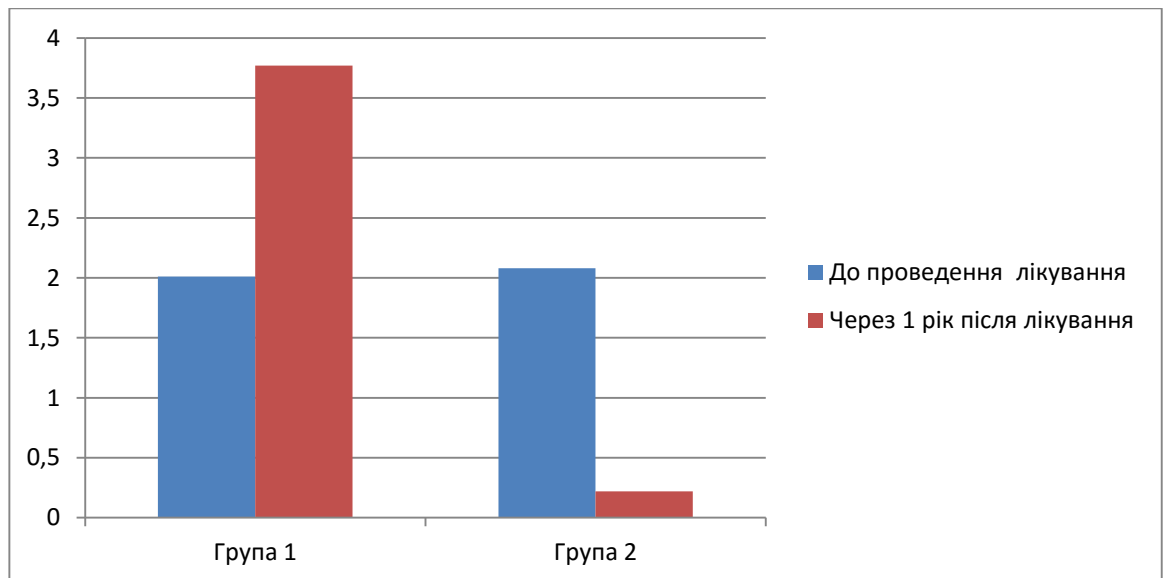


Рис. 3.1. Динаміка змін показників больового синдрому у 1 та 2 групах до та через 1 рік після проведеного лікування

Подана шкала характеризує зростання показників больового синдрому у пацієнтів 1 групи, які знаходились під наглядом сімейного лікаря та отримували симптоматичну терапію до проведеного лікування і через 1 рік після проведеного лікування з 2,01 на 3,77. У 2 групі, яка представлена пацієнтами з ознаками варикозної хвороби після оперативного втручання спостерігається зниження показників через 1 рік після проведеного лікування з 2,08 до 0,22 (рис. 3.1).

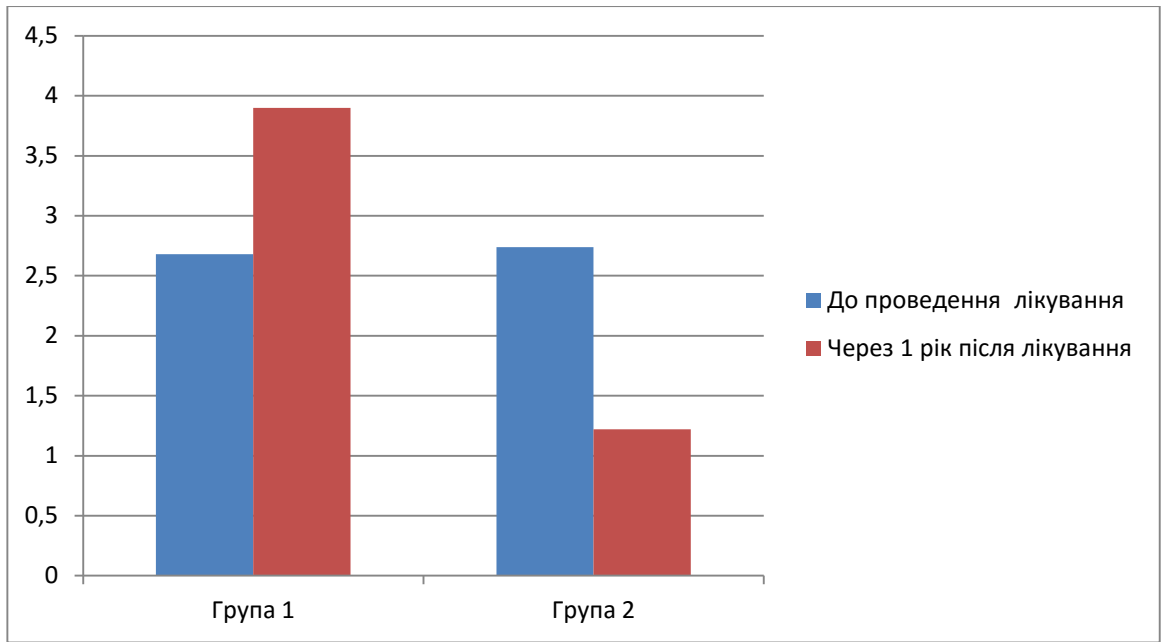


Рис. 3.2. Динаміка змін наявності варикозних вен за шкалою у 1 та 2 групах до та через 1 рік після проведеного лікування

У хворих 1 групи протягом одного року спостереження відбувається розповсюдження варикозних вен до рівню гомілки та стегна, збільшення їх кількості, про що свідчить зростання середнього балу у 1 групі з 2,68 до 3,90, тоді як у 2 групі спостерігається зниження середнього балу з 2,74 до проведеного лікування на 1,22 через 1 рік після лікування (рис. 3.2).

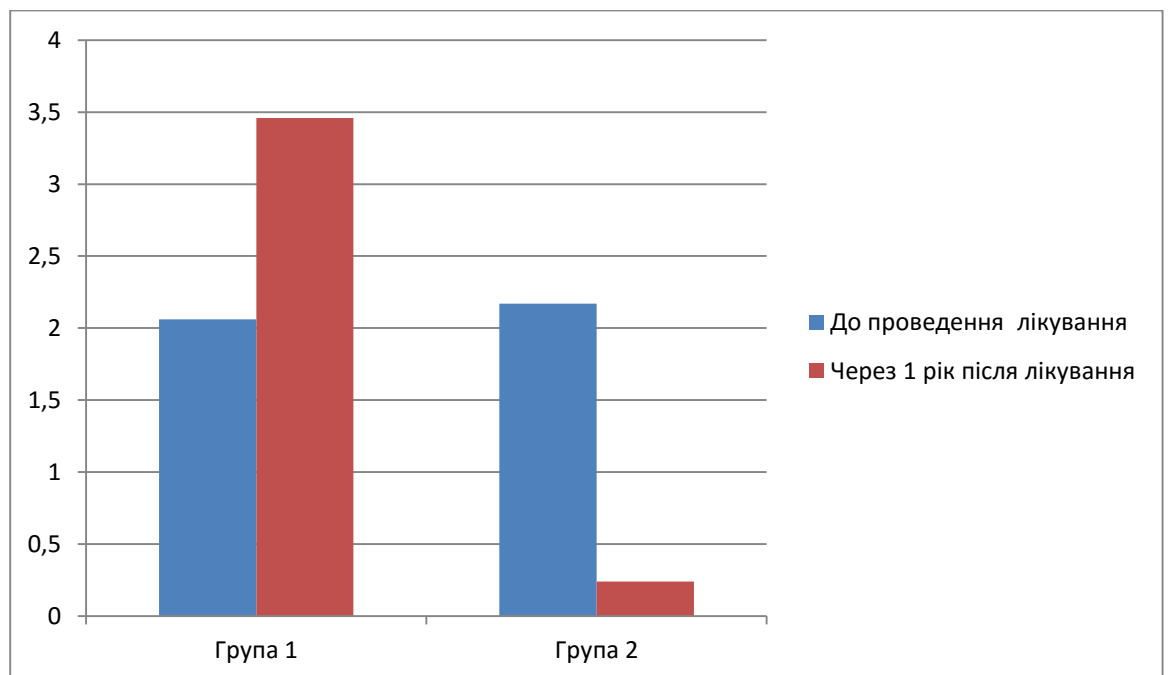


Рис. 3.3. Динаміка змін наявності венозних набряків у 1 та 2 групах до та через 1 рік після проведеного лікування

У 1 групі було виявлено зростання показників венозних набряків з 2,06 до 3,46 при тому, як у 2 групі спостерігається достовірне зниження набряків зі зміною показника з 2,17 до 0,24 балів (рис. 3.3).

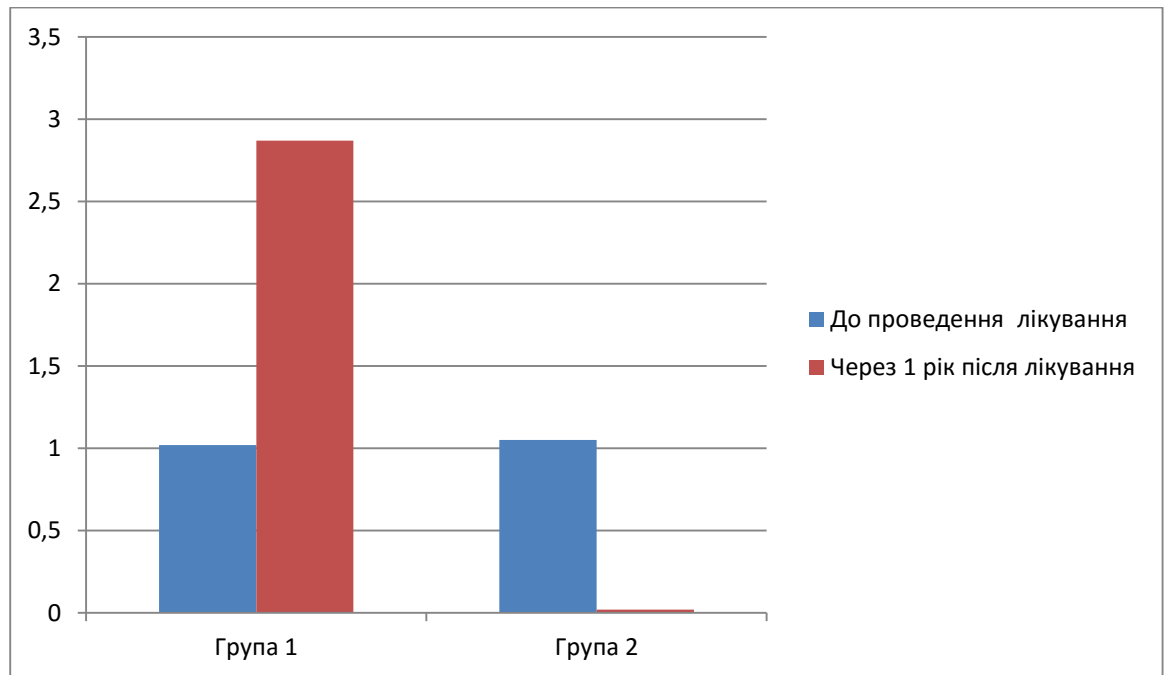


Рис. 3.4. Динаміка запальних змін у 1 та 2 групах до та через 1 рік після проведеного лікування.

Динаміка запальних змін (рис. 3.4) відображає наростання тяжкості клінічної симптоматики у 1 групі з підвищенням загального балу в даній категорії з 1,02 до 2,87 та його зменшення з 1,05 до 0,02 у хворих 2 групи через рік після хірургічного втручання.

Отримані результати свідчать, що загальний показник тяжкості перебігу хвороби у 2 групі знизився у післяопераційному періоді у порівнянні з пацієнтами 1 групи без оперативного втручання. Порівняльний аналіз демонструє статистично достовірну різницю в динаміці показників якості життя після проведеного оперативного втручання ($p < 0,05$).

Загальна кількість балів VCSS через 1 рік в 2-й групі становила 2,75 порівняно із попередньою 10,79, що свідчить про 74 % покращення

клінічного статусу. Через 1 рік тяжкість клінічних проявів у 1-й групі підвищилася із 10,50 на 15,82 бали порівняно з 2 групою, де поліпшення становило із 10,79 до 2,75 бала з достовірністю різниці між одержаними показниками $p < 0,05$ після проведеного лікування.

Таким чином, результати, одержані при використанні шкали оцінювання ступеня клінічної тяжкості VCSS через 1 рік, показали значно кращий показник клінічного стану у пацієнтів 2 групи після проведеного оперативного лікування.

РОЗДІЛ 4

ОЦІНКА ДИНАМІКИ ЯКОСТІ ЖИТТЯ ХВОРИХ НА ВАРИКОЗНУ ХВОРОБУ НИЖНІХ КІНЦІВОК

Для оцінювання якості життя пацієнтів на варикозну хворобу було вибрано шкалу CIVIQ. Важливим аспектом даної шкали якості життя являється висока чутливість до відображення змін клінічного статусу, що відбуваються упродовж лікування. Опитувальник CIVIQ було адаптовано відповідно до завдань дослідження. Інтенсивність симптомів оцінювали через 1 тиждень та через 1 рік [27,28,46].

Опитувальник складався із 20 запитань, що оцінюють ступінь обмеження якості життя, пов'язаний із венозною недостатністю, за чотирма напрямками:

- 1) фізичний;
- 2) психологічний;
- 3) соціальний;
- 4) больовий.

При цьому діапазон фізичної категорії мав мінімальну кількість балів–4,максимальну–20 балів; психологічної категорії–мінімально–9, максимально – 45 балів; соціальної категорії – від 3 до 15 балів, категорії болю – від 4 до 20 балів. Загальний бал, який прирівнювався до 20, характеризував найкращий результат відносно якості життя, а той, що рівнявся 100 – найгірший.

При включенні у дослідження було проведено анкетування порівняльної групи практично здорових осіб для оцінки якості життя. Загальний бал у 0 групі склав 26,1. Оцінка якості життя у 1 групі серед хворих, що знаходились при амбулаторному нагляді лікаря загальної практики – сімейної медицини продемонструвала приріст загального балу на 46.0 .У хворих 2 групи загальний бал значно не відрізнявся від 1 групи та

дорівнював 46,6. Таким чином, наявність ВХНК погіршує якість життя пацієнтів майже вдвічі (загальний бал -46,6 у порівнянні з 26,6) – 0 групи (табл. 4.1).

Таблиця 4.1.

Характеристика якості життя в 0, 1 та 2 групах на момент включення у дослідження

Групи	Фізична категорія	Психологічна категорія	Соціальна категорія	Категорія болю	Загальний бал
0 група	4,4	12,2	5,4	4,1	26,1
1 група	9,0	21,2	8,0	7,8	46,0
2 група	10,8	21,0	5,2	10,6	46,6

Контроль якості життя у досліджуваних групах було проведено через 1 рік. Результати опитування CIVIQ через 1 рік продемонстрували відсутність достовірних змін у якості життя серед осіб порівняльної групи як за категоріями, так і у загальному балі (27,1). У 1 групі відбувається наростання показників за категоріями: психологічна категорія - 24,2 (3 %), категорія болю - 14,2 (6 %), фізична категорія - 13,2 (4%), соціальна категорія - 12,0 (4 %). У 2 групі зменшення загального балу на 34,0(12 %), причому зменшення обмежень якості життя за фізичною, психологічною та больовою категоріями було рівномірним та становило 6,2 (46 %) ; 16,3 (47 %) та 5,2 (54 %) відповідно. Динаміка змін у соціальній категорії через один рік була найменшою і становила 6,1 (10.1%) (табл. 4.2).

Характеристика динаміки якості життя в 0, 1 та 2 групах через 1 рік

Групи	Фізична категорія	Психологічна категорія	Соціальна категорія	Категорія болю	Загальний бал
0 група	4,4	12,2	5,4	4,1	26,1
через 1 рік	4,5	12,8	5,8	4,0	27,1
1 група	9,0	21,2	8,0	7,8	46,0
через 1 рік	13,2	24,2	12,0	14,2	61,6
2 група	10,8	21,0	5,2	10,6	46,6
через 1 рік	6,2	16,3	6,1	5,2	34,0

Динаміка загального балу у трьох групах наведена на малюнку 4.1. Зростання загального балу у 1 групі свідчить про погіршення якості життя на збільшення загального балу на 61,6, тоді як зменшення загального балу у 2 групі демонструє покращення якості життя на 34,0. Показник загального балу у контрольній групі майже не змінюється і становить 27,1.

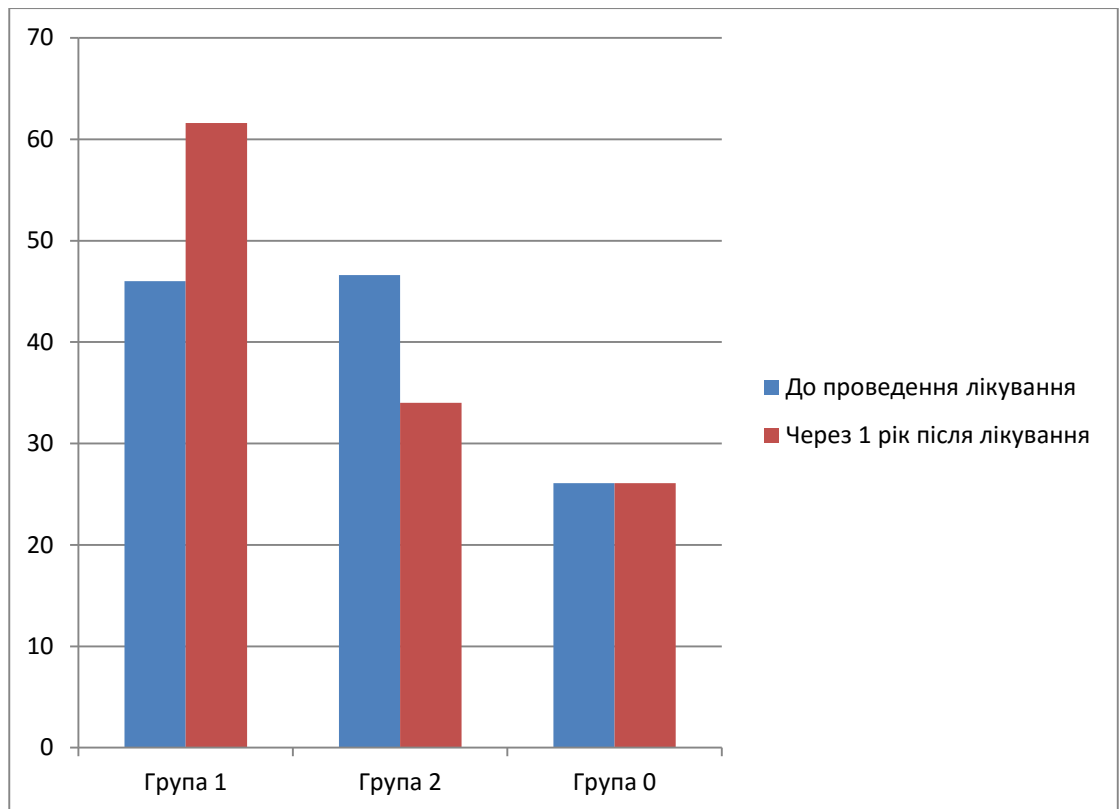


Рис. 4.1. Динаміка змін показників загального балу у 0, 1 та 2 групах до та через 1 рік після проведеного лікування

Згідно результатам опитувальника CIVIQ у 1-й групі по відношенню до контрольної групи на момент включення у дослідження максимальна різниця показника категорії болю сягала 7,8.

Через 1 рік після проведеного лікування у 1-й групі по відношенню до контрольної групи відмічався максимальний приріст показника у психологічної категорії на 24,2, що свідчить про питомий вплив даного фактору на погіршення якості життя хворих з ВХНК (рис.4.2).

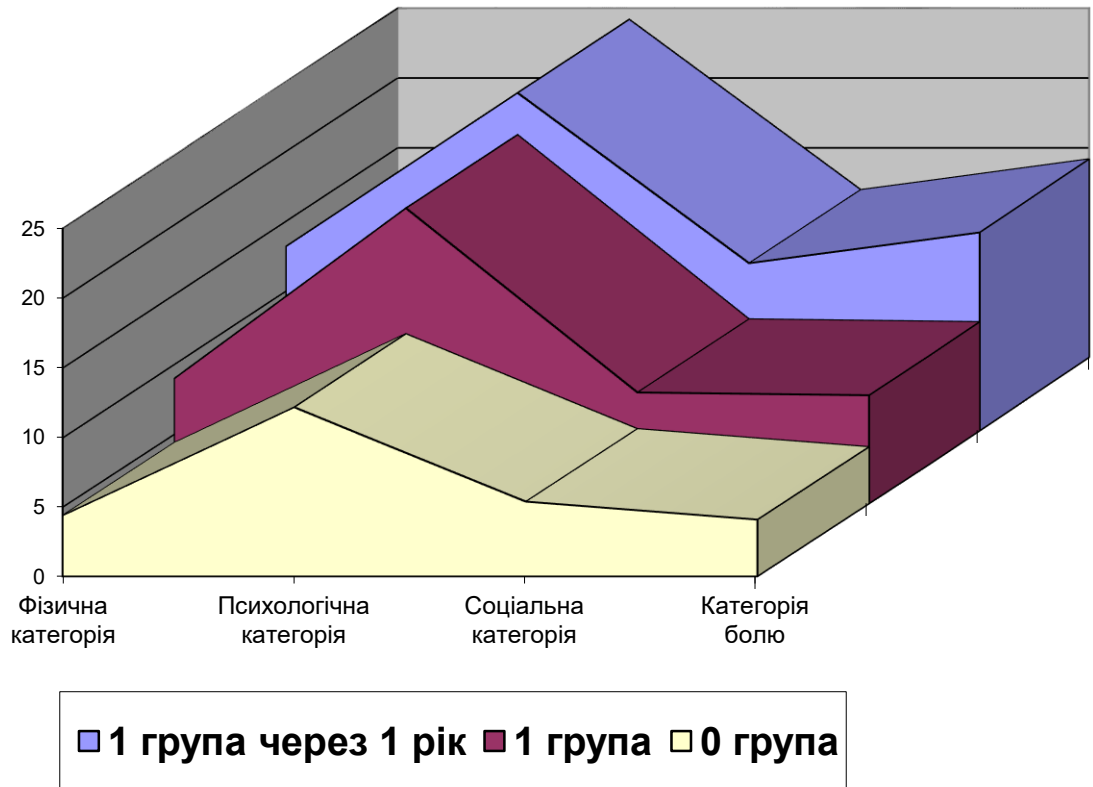


Рис. 4.2. Динаміка показників якості життя за категоріями в 0 та 1 групі до та після лікування у порівнянні з контрольною.

Таким чином, на момент включення у дослідження якість життя хворих 1 групи мала достовірні відмінності за всіма категоріями по відношенню до порівняльної групи з превалюванням впливу психологічного фактору у хворих на варикозну хворобу нижніх кінцівок. Протягом 1 року диспансерного нагляду впливовим фактором на якість життя був больовий, динаміка погіршення якого склала майже 50%.

Різниця загального балу між контрольною групою та 2 групою на момент старту дослідження складала 20 балів, переважно за рахунок психологічної категорії (рис.4.3).

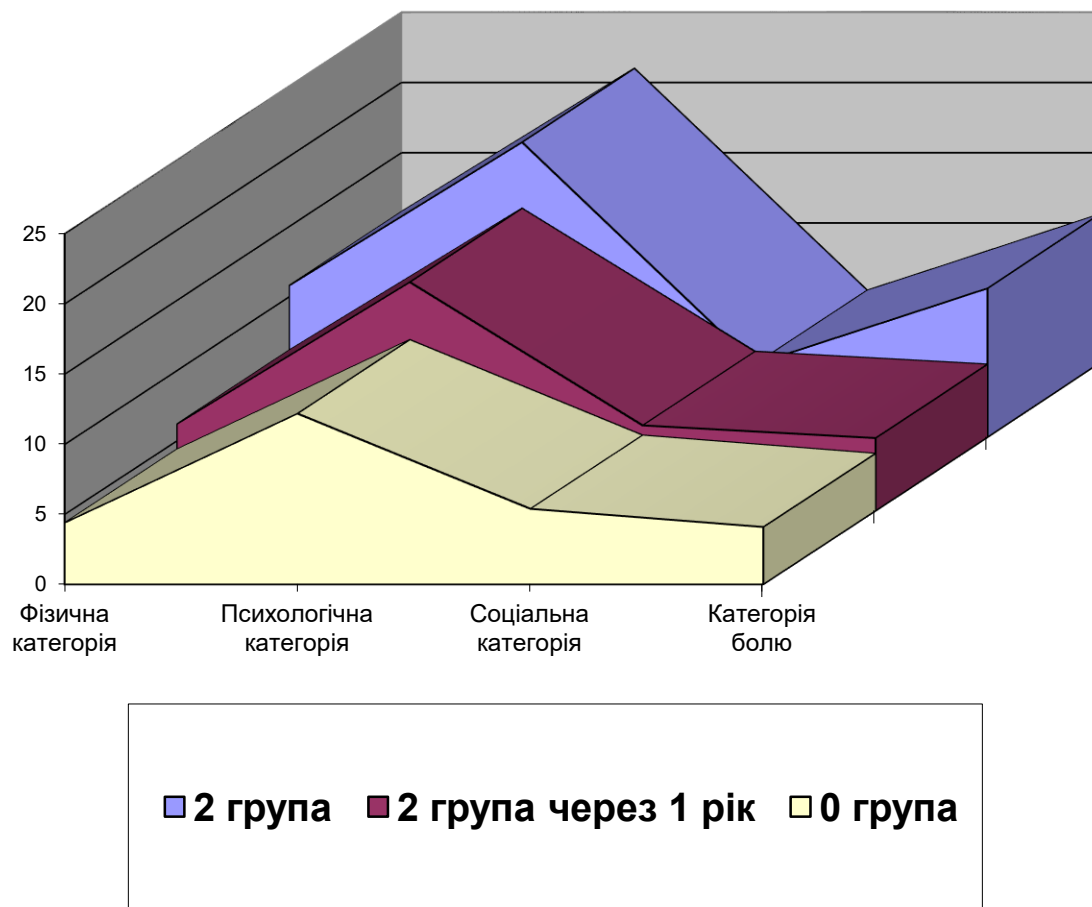


Рис. 4.3. Динаміка показників якості життя за категоріями в 0 та 2 групі

Якість життя, що була оцінена опитуванням пацієнтів 2 групи через 1 рік, продемонструвала високий рівень післяопераційної адаптації у фізичній, психологічній та больовій категоріях.

ВИСНОВКИ

1. Хворі на варикозну хворобу нижніх кінцівок, що знаходились під амбулаторним наглядом лікаря ЗПСМ протягом одного року, продемонстрували погіршення клінічної симптоматики за рахунок посилення больових симптомів на 3,77, збільшення кількості варикозних вен на 3,90 та зростання венозних набряків на 3,46, що відобразилося у підвищенні результатів загального балу VCSS та погіршенні якості життя на 12% (з 46,0 до 61,6 балів; $p < 0,05$).
2. У хворих 2 групи через 1 рік після хірургічного лікування було показано достовірне покращення клінічного стану: за рахунок усунення магістральної недостатності відмічалось зменшення больового синдрому на 0,22 та венозних набряків на 0,24, про що свідчить динаміка загального балу VCSS з 10,79 до 2,75 ($p < 0,05$).
3. Якість життя хворих з варикозною хворобою нижніх кінцівок, що знаходилися під наглядом лікаря сімейної медицини протягом одного року погіршилась, на що вказує на збільшення загального балу на 25.3% (з 46,0 до 61,6 балів), тоді як зменшення загального балу у 2 групі демонструє покращення загального показника якості життя на 27,0% (з 46,6 до 34,0 балів, $p < 0,05$).
4. За даними оцінки опитувальника CIVIQ найбільш питому вагу у якість життя вкладає категорія болю. При цьому найбільш швидка динаміка відбувається у психологічній категорії. Для покращення якості життя хворі підлягають нагляду лікаря ЗПСМ зі своєчасним вирішенням питання щодо застосування методів корекції магістральної гіпертензії.

СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ

1. Стойко Ю.М., Мазайшвили К.В., Хлевтова Т.В., Максимов С.В., Цыплящук А.В., Акимов С.С., Кутидзе И.А., Моренко Д.Н. Качество жизни пациентов после флебэктомии и эндовенозной лазерной облитерации // Клінічна флебологія.– 2013.- Т.6, №1.- С.175.
2. Ронами В.Г., Морозов К.М. Качество жизни больных до и после хирургического лечения по поводу хронической венозной недостаточности. Нарушения регионарной гемодинамики и микроциркуляции при заболеваниях вен нижних конечностей и методы ее коррекции. СПб 2008; 59—66.
3. Бокерия Л.А., Прядко С.И., Сергеев А.В. Оценка качества жизни пациентов после радикального хирургического лечения варикотромбофлебита с использованием опросника CIVIQ-2. Аннхир 2009; 11—14.
4. Walters S.J., Morell C.J., Dixon S. Measuring health-related quality of life in patients with venous leg ulcers. Qual Life Res 1999; 8: 4: 327—336.
5. Launois R., Reboul-Marty J., Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in Chronic Lower Limb Venous Insufficiency (CIVIQ). Quality Life Res 2010; 5: 539—554.
6. Rabe E1, Guex JJ, Puskas A, Scuderi A, Fernandez Quesada F/ Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program A Journal on Angiology 2012 Apr; 31 (2): 105-15.
7. Lozano Sanchez F. S., Sanchez Nevarez I., Gonzalez-Porras J. R. et al. Quality of life in patients with chronic venous disease: influence of the socio-demographical and clinical factors // Int. Angiol.- 2013.- 32, № 4.- P. 433-441.
8. Wittens C. Management of chronic venous disease: clinical practice guidelines. Eur J Vasc Endovasc Surg, 2015:49.
9. Мелеховец Ю.В. Послеоперационная оценка качества жизни как критерий эффективности низкоэнергетической эндовенозной лазерной коагуляции / Ю.В. Мелеховец, В.В. Леонов, О.К. Мелеховец, Е.А. Швыдун // XLIV Международная научно-практическая конференция «Применение лазеров в

медицине и биологии. Фотодинамическая терапия», 26-28 мая 2016 г.: тезы док. - Харьков, ХНУ им. В.Н. Каразина, 2016 г. —С. 10-12

10. Grunebauma L.D., artlett Bard K.S. Complications of Vascular Laser Treatment. Laser Treatment of Vascular Lesions. Goldberg DJ (eds). Aesthet Dermatol. Basel, Karger, 2014, vol 1, pp 121–142.

11. Guex, J.J., Zimmet, S.E., Boussetta, S., Nguyen, C., and Taieb, C. Construction and validation of a patient-reported outcome dedicated to chronic venous disorders: SQOR-V (specific quality of life and outcome response – venous). J Mal Vasc. 2007; 32:135-147

12. Kuet M. L., Lane T. R., Anwar M. A., Davies A. H. Comparison of disease-specific quality of life tools in patients with chronic venous disease // Phlebology-2014.- 29, № 10.- P. 648-653

13. De Maeseneer, M.G., Vandenbroeck, C.P., Hendriks, J.M., Lauwers, P.R., and Van Schil, P E. Accuracy of duplex evaluation one year after varicose vein surgery to predict recurrence at the sapheno-femoral junction after five years. Eur J Vasc Endovasc Surg. 2005; 29: 308–312

14. Passman MA, McLafferty RB, Lentz MF, Nagre SB, IafratiMD, Bohannon WT, et al. Validation of Venous Clinical Severity Score (VCSS) with other venous severity assessment tools from the American Venous Forum, National Venous Screening Program. J Vasc Surg 2011;54:2S-9S.

15. Ware Jr JE, Gandek B. Overview of the SF-36 Health Survey and the International Quality of Life Assessment (IQOLA) Project. J Clin Epidemiol 2007;51:903-12.

16. Kaplan RM, Criqui MH, Denenberg JO, Bergan J, Fronck A. Quality of life in patients with chronic venous disease: San Diego population study. J Vasc Surg 2003;37:1047-53.

17. Moura RM, Goncalves GS, Navarro TP, Britto RR, Dias RC. Relationship between quality of life and the CEAP clinical classification in chronic venous disease. Rev Bras Fisioter 2010;14:99-105.

18. Smith JJ, Garratt AM, Guest M, Greenhalgh RM, Davies AH. Evaluating and improving health-related quality of life in patients with varicose veins. *J Vasc Surg* 2007;30:710-9.
19. Launois R, Reboul-Marty J, Henry B. Construction and validation of a quality of life questionnaire in chronic lower limb venous insufficiency (CIVIQ). *Qual Life Res* 2006;5:539-54.
20. Biemans AA, van der Velden SK, Bruijninx CM, Buth J, Nijsten T. Validation of the chronic venous insufficiency quality of life questionnaire in Dutch patients treated for varicose veins. *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2011;42:246-53.
21. Launois R, Mansilha A, Jantet G. International psychometric validation of the Chronic Venous Disease quality of life Questionnaire (CIVIQ-20). *Eur J Vasc Endovasc Surg* 2010;40:783-9.
22. Abenhaim L, Kurz X. The VEINES study (venous Insufficiency Epidemiologic and Economic Study): an international cohort study on chronic venous disorders of the leg. VEINES Group. *Angiology* 2006;48: 59-66.
23. Lamping DL, Schroter S, Kurz X, Kahn SR, Abenhaim L. 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 Vasc Surg* 2003; 37:410-9.
24. Kahn SR, Lamping DL, Ducruet T, Arsenault L, Miron MJ, Roussin A, et al. VEINES-QOL/Sym questionnaire was a reliable and valid disease-specific quality of life measure for deep venous thrombosis. *J Clin Epidemiol* 2006;59:1049-56.
25. Gloviczki P, Comerota AJ, Dalsing MC, Eklöf BG, Gillespie DL, Gloviczki ML, et al. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum. *J Vasc Surg* 2011;53: 2S-48S.
26. McCoppin H.H. Laser treatment of superficial leg veins: a review / H.H. McCoppin, W.W.Hovenic, R.G.Wheeland // *Dermatol. Surg.*—2011.—Vol.37.—P.729–741.

27. Management of Chronic Venous Disease / C.Wittens et al. // European Journal of Vascular and Endovascular Surgery. – 2015. – P.25–28.
28. Management Strategies for Patients with Varicose Veins (C2-C6): Results of a Worldwide / S.K. Vander Velden, O.Pichot, R.R. Vanden Bos et al. // Eur. J. Vasc. Endovasc. Surg. – 2015. – № 49. – P. 213–220.
29. Linton R. R. The post-thrombotic ulceration of the lower extremity: its etiology and surgical treatment / R.R.Linton // Ann. Surg. – 1953. – Vol.138. – P.415–433.
30. Johnson C.M. Endovenous Laser Ablation of Varicose Veins: Review of Current Technologies and Clinical Outcome / C.M. Johnson, R. B. McLafferty // J. Vascular. – 2007. – Vol.15, No.5. – P.250–254.
31. Epidemiology of chronic venous disorders in geographically diverse populations: results from the Vein Consult Program // A Journal on Angiology/ E.Rabe, J.J.Guex, A. Puskaset al. – 2012, April. – Vol. 31 (2). – P. 105–115.
32. Extension of saphenous thrombus into the femoral vein: a potential complication of new endovenous ablation techniques / G. Mozes, M. Kalra, M. Carmo et al. // J. Vasc. Surg. – 2005. – Vol. 41. – P.130–135.
33. Fernando R.S. Adoption of endovenous laser treatment as the primary treatment modality for varicose veins: the Auckland city hospital experience/ R.S. Fernando, C. Muthu // NZ Med. J. – 2014. – Vol.127, № 1399. – P.43–50.
34. Endovenous laser ablation versus steam ablation for great saphenous varicose veins / R. R. Vanden Bos, W. S. J. Malskat, M. G. R. De Maeseneer, K. P. De Roos et al. //British Journal of Surgery. – 2014. – Published online in Wiley Online Library (www.bjs.co.uk). DOI: 10.1002/bjs.9580.
35. Duplex ultrasound investigation of the veins in chronic venous disease of the lower limbs-UIP consensus document. Part I. Basic principles /Coleridge-SmithP., Labropoulos N., Partsch H. et al. // Eur J Vasc Endovasc Surg. – 2006. – V. 31, - p. 83–92. doi:10.1016/j.ejvs.2005.07.019
36. Duplex mapping of 2036 primary varicose veins /M. Garca-Gimeno, S. Rodriguez-Camarero, S.Tagarro-Villalba et al. // J. Vasc. Surg.– 2009. –Vol.49. – P. 681–689.

37. Duplex ultrasound assessment of neovascularization after sapheno-femoral or sapheno-popliteal junction ligation / M. G. de Maeseneer, K. P. Ongena, F.van den Brande et al. // *Phlebology*.– 1997. – Vol.12. – P.64–68.
38. Duplex ultrasound investigation of the veins of the lower limbs after treatment for varicose veins - UIP consensus document / De Maeseneer M, Pichot O, Cavezzi A, et al. // *Eur J Vasc Endovasc Surg*. –2011. – V. 42. – p. 89–102.
39. Duplex ultrasound scan findings two years after great saphenous vein radiofrequency endovenous obliteration / Pichot O., Kabnick L.S., Creton D. et al. // *J Vasc Surg*. –2004. – V. 39. – p. 189–195.
40. ECRI Institute. Health Technology Information Service. Windows on Medical Technology (2006, August). Endovenous radio-frequency ablation (VNUS Closure® System) for the treatment of varicose veins. Retrieved August 9, 2007 from ECRI Institute (59 articles and/or guidelines reviewed).
41. Construction and validation of a patient-reported outcome dedicated to chronic venous disorders: SQOR-V (specific quality of life and outcome response – venous)/ J.J.Guex, S.E. Zimmet, S. Boussetta et al.// *J. Mal. Vasc*. – 2007. – Vol.32. – P. 135–147.
42. Creton D. Diameter reduction of the proximal long saphenous vein after ablation of a distal incompetent tributary / D.Creton// *Dermatol Surg*. – 1999. – V.25. – p. 394–397.
43. Cyanoacrylate adhesive for the closure of truncal veins: 60-day swine model results / J.I. Almeida, R.J. Min, R. Raabe et al.// *Vasc Endovascular Surg*. – 2011. – V. 45. – p. 631-635.
44. Perrin M. Insuffisance veineuse superficielle: notions fondamentales / M.Perrin // *Technique chirurgicales e Chirurgie vasculaire*. – Paris : Elsevier Masson SAS, 2007. – P.43–161.
45. Piazza G. Varicose veins / G. Piazza // *Circulation*.– 2014.– Vol. 130, № 7. – P. 582–587.

46. Quality of life in patients with chronic venous disease: influence of the socio-demographical and clinical factors / F. S. Lozano Sanchez, I. Sanchez Nevarez, J. R. Gonzalez-Porras et al. // *Int. Angiol.* – 2013. – Vol. 32, № 4. – P. 433–441.
47. Quill R.D. Reversibility of femorosaphenous reflux /R.D. Quill, W.G. Fegan // *Br J Surg.*–1971;58: 389–393.
48. Recommended reporting standards for endovenous ablation for the treatment of venous insufficiency: joint statement of The American Venous Forum and The Society of Interventional Radiology / S. Kundu, F. Lurie, S. F. Millward et al. // *J. Vasc. Surg.* – 2007. – Vol. 46. – P. 582–589.
49. Standing posture at work and overweight exacerbate varicose veins / K. Kohno, H. Niihara, T. Hamano et al. // *J. Dermatol.* – 2014. – Vol. 41, № 11. – P. 964–968.
50. The care of patients with varicose veins and associated chronic venous diseases: clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery and the American Venous Forum / P. Gloviczki, A.J. Comerota, M.C. Dalsing, et al. // *J. Vasc. Surg.* – 2011. – Vol. 53. – P. 2S–48S.