

## ОЦІНКА ЯКОСТІ ЖИТТЯ ПАЦІЄНТІВ ПІСЛЯ ПРОВЕДЕННЯ НЕТРАВМАТИЧНИХ АМПУТАЦІЙ

*Василюк С.М., Павлюк Н.М., Гудивок В.І., Василюк А.С.*

*Івано-Франківський національний медичний університет*

### **Вступ**

Прогнозування безпосередніх і віддалених результатів виконання ампутацій нижньої кінцівки – складне питання, особливо у випадках двобічного ураження. Тривалість і якість життя пацієнтів, які перенесли ампутації, залежать від ступеня компенсації супутньої патології, можливостей догляду і швидкості та якості протезування. Заходи з протезування і реабілітації є вкрай важливими для пацієнтів, що перенесли ампутацію. Відомо, що після ампутації нижче колінного суглоба успішно користуються протезом 69,4 % пацієнтів, а після ампутації на рівні стегна – 30,3 %.

### **Матеріали та методи**

У дослідження було включено 115 пацієнтів, в яких було проведені ампутації нижніх кінцівок на різному рівні в умовах клінічного відділення кафедри хірургії № 1 та дитячої хірургії Івано-Франківського національного медичного університету. У 36 пацієнтів (31,3±4,3 %) причиною ампутацій був облітерувальний атеросклероз судин нижніх кінцівок, у 79 (68,7±4,3 %) ураження артерій на ґрунті цукрового діабету типу 2 (OR 0,21, 95 %, CI 0,12-0,36, p<0,01). У пацієнтів з облітерувальним атеросклерозом достовірно (p<0,001) частіше виконували ампутації середньої чи верхньої третини стегна. Серед цих пацієнтів в жодного не було виконано ампутацій на рівні колінного

суглобу, тоді як у шести хворих з цукровим діабетом типу 2 була виконана операція Gritti-Шимановського. Тільки у двох пацієнтів виконувались ампутації на рівні гомілки. Ампутації різних відділів стопи достовірно ( $p < 0,001$ ) частіше проводилися з приводу цукрового діабету типу 2. В терміни від 1 до 3 років оцінено якість життя у 41 пацієнта ( $35,7 \pm 4,47$  %) згідно опитувальника EQ-5D-5L. Померло у цей період 17 пацієнтів ( $14,8 \pm 3,31$  %). Не вдалось встановити контакт з 57 пацієнтами ( $49,6 \pm 4,66$  %).

### **Результати та їх обговорення**

Серед проаналізованих пацієнтів більшість складала чоловіки ( $63,4 \pm 7,5$  %) з ампутацією на рівні стопи ( $78,0 \pm 6,5$  %), причиною якої був облітерувальний атеросклероз ( $58,5 \pm 7,7$  %). За період, який минув з часу першої ампутації у 13 пацієнтів ( $31,7 \pm 7,3$  %) була виконана ампутація контрлатеральної кінцівки, у 32 ( $78,0 \pm 6,5$  %) спостерігались серцево-судинні події пов'язані з оклюзією артерій (інфаркт міокарда або ішемічний інсульт). Серед опитаних пацієнтів тільки 2 звертались за допомогою для протезування ампутованої кінцівки: один з транстібіальною ампутацією та один з трансфеморальною ампутацією. Загальний показник опитувальника EQ-5D-5L у пацієнтів ретроспективного етапу становив  $11,97 \pm 4,01$  бали. Найгірше пацієнти оцінювали 1D (рухливість) –  $2,63 \pm 1,29$ . Чимало з них вказували, що в них є помірні чи серйозні проблеми з пересуванням пішки, що, однак, не варто пов'язувати тільки з проведенням ампутації. Для цього показника дуже важливе значення мало прогресування захворювання периферійних артерій. Середній показник 2D (догляд за собою) складав  $2,24 \pm 0,86$ . Медіана становила 2,0, що вказувало на те, що менша

половина хворих мали незначні проблеми з самостійним миттям чи одяганням. Звичайну повсякденну діяльність (3D) пацієнти оцінювали у  $2,29 \pm 0,98$  балів, біль або дискомфорт (4D) – у  $2,34 \pm 0,99$ . Тривогу або депресію (5D) оцінювали у  $2,46 \pm 0,67$  бали, при чому не менше п'ятдесяти відсотків пацієнтів вказували, що вона є незначна.

Важливим показником якості життя та стану здоров'я був рівень ампутації кінцівки. Сумарний показник опитувальника EQ-5D-5L у пацієнтів ретроспективного етапу, у яких була проведена трансфеморальна ампутація достовірно ( $p < 0,05$ ) перевищував сумарний показник всіх пацієнтів і становив  $20,29 \pm 1,11$ . 1D (рухливість) всі ці пацієнти оцінили у 5,0 балів, 2D (догляд за собою) – у  $3,57 \pm 0,79$ , 3D (звичайна повсякденна діяльність) – у  $4,14 \pm 0,69$  ( $p < 0,05$ ), 4D (біль або дискомфорт) – у  $4,0 \pm 0,57$  ( $p < 0,05$ ), 5D (тривога або депресія) у  $3,57 \pm 0,53$  бали.

Сумарний показник у пацієнтів, в яких була проведена ампутація Gritti-Шімановського або транстібіальна ампутація складав  $13,25 \pm 1,16$ . У цих пацієнтів спостерігались помірні проблеми з рухливістю ( $3,13 \pm 0,35$ ), незначні проблеми з доглядом за собою ( $2,62 \pm 0,52$ ). З помірними труднощами вони проводили свою звичну повсякденну діяльність ( $2,50 \pm 0,75$ ). Дискомфорт (4D) ці пацієнти оцінювали у  $2,50 \pm 0,53$  бали. Аналогічний рівень у них спостерігався щодо показника тривоги –  $2,50 \pm 0,53$ .

У пацієнтів, в яких була проведена ампутація на рівні стопи сумарний показник опитувальника недостовірно відрізнявся від показника всіх пацієнтів ретроспективного етапу і становив  $10,26 \pm 1,28$  бали. Ці пацієнти вказували, що вони можуть без труднощів або з незначними труднощами

займатися роботою, навчанням, хатньою роботою, участь у справах сім'ї та дозвілля – показник 3D у них склав  $1,91 \pm 0,45$ . Також ці пацієнти не відмічали значних проблем з доглядом за собою (2D) та вираженого болю чи дискомфорту (4D) –  $1,97 \pm 0,58$  та  $2,0 \pm 0,41$  відповідно. У них були незначні проблеми з пересуванням пішки ( $2,15 \pm 0,78$ ) та незначна тривога або депресія ( $2,24 \pm 0,43$ ).

### **Висновок**

У віддалені терміни показник стану здоров'я та стану пацієнтів після перенесених нетравматичних ампутацій становив  $11,97 \pm 4,01$  бали. Найгірші показники відмічались у пацієнтів, в яких була проведена трансфеморальна ампутація:  $20,29 \pm 1,11$ .