

КАЧЕСТВО НА ЖИВОТ ПРИ ПАЦИЕНТИ С ХРОНИЧНА АРТЕРИАЛНА НЕДОСТАТЪЧНОСТ НА ДОЛНИ КРАЙНИЦИ

М. Станева, Ц. Цветанов, П. Антова,
Б. Минкова, Д. Марков, В. Червенков

*Клиника по съдова хирургия и ангиология,
Токуда Болница, София*

РЕЗЮМЕ

Качеството на живот е широко понятие, което се отнася до степента на благополучие и лична удовлетвореност, изпитвано от даден човек или група от хора. В понятието се влага неизмеримата по икономически показатели субективна и динамично променлива оценка за личното благосъстояние, формирана по много и разнообразни критерии от физическо, психическо и социално благосъстояние.

Хроничната артериална недостатъчност на долните крайници (ХАНК) е хронично прогресиращо заболяване, влошаващо качеството на живот на страдащите от него пациенти. Добрата медицинска практика повелява адекватна диагностика, непрекъснато наблюдение, консервативна медикаментозна и немедикаментозна терапия, както и своевременна ревакуларизация (оперативна и/или ендоваскуларна) с цел превенция на бъдещи усложнения. Настоящото проучване недвусмислено показва, че оперативната и/или ендоваскуларна ревакуларизация при пациенти с ХАНК значително подобрява здравното състояние на болните, като се повишава нивото на подвижност, самообслужване и обичайна физическа активност, и същевременно се намалява степента на болката и дискомфорта, тревожността и депресията, което води до повишаване на качеството им на живот. След ревакуларизацията качеството на живот се е подобрило значително повече при жените в сравнение с мъжете.

Ключови думи: качество на живот, хронична артериална недостатъчност на долни крайници, ревакуларизация.

ВЪВЕДЕНИЕ

Сърдечно-съдовите заболявания (ССЗ) причиняват около 10% от общата смъртност в света. Според епидемиологичните проучвания

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH CHRONIC ARTERIAL INSUFFICIENCY OF LOWER LIMBS

M. Staneva, Ts. Tsvetanov, P. Antova,
B. Minkova

*Department of Vascular surgery and Angiology,
Tokuda Hospital, Sofia, Bulgaria*

ABSTRACT

Quality of life is a broad term that refers to the degree of well-being and personal satisfaction felt by a person or group of people. The concept includes immeasurable in economic indicators dynamic variable and subjective assessment of personal well-being, formed in a wide variety of criteria of physical, mental and social well-being.

Chronic arterial insufficiency of the lower limbs is a chronic progressive disease, worsening quality of life of patients suffering from it. Good medical practice requires adequate diagnosis, permanent monitoring, conservative drug and non-drug therapy and timely revascularization (surgical and/or endovascular) in order to prevent future complications. This study clearly shows that the surgical and/or endovascular revascularization in patients with peripheral vascular disease significantly improves the patient's health, by increasing the level of mobility and usual physical activity, and while reducing the degree of pain and discomfort, anxiety and depression, which results in an increase in quality of life. After the revascularization quality of life has improved significantly more in women than in men.

Keywords: quality of life, revascularization, chronic arterial insufficiency of the lower limbs.

INTRODUCTION

Cardiovascular diseases (CVD) cause approximately 10% of all deaths in the world. According to epidemiological studies in 2020 CVD will be the common cause of morbidity and mortality among the population of the earth (3,5). This global risk is associated with a change in health status and lifestyle of the individual at the beginning of the XXI century. Increasing incidence of CVD requires an early diagnosis. Fundamental for the CVD is atherosclerosis (AT), which includes large and medium caliber arteries of muscle type in different vascular beds of the body. Atherosclerosis is a multifactorial vascular disease, which results in deposition of lipids in the arterial wall, formation and rupture

през 2020 г. ССЗ ще заемат първо място като причина за заболяемост и смъртност сред населението на земята (3,5). Този глобален риск е свързан с промяна на здравния статус и начина на живот на индивида в началото на XXI век. Увеличаването на честотата на ССЗ изисква все по-ранната им диагноза.

В основата на ССЗ е атеросклерозата (АТ), която обхваща големи и средни по калибър артерии от мускулен тип от различни съдови басейни на тялото. Атеросклерозата е многофакторно съдово заболяване, което се изразява в отлагане на липиди в артериалната стена, формиране и руптуриране на плаки, настъпване на артериална тромбоза с исхемия и некроза на тъканите в областта на засегнатите артерии (10). Една от основните клинични прояви на АТ е периферната съдова болест, водеща до хронична артериална недостатъчност (ХАНК) на крайниците. Периферната съдова болест е хронично заболяване. Броят на болните с ХАНК нараства непрекъснато. Тези пациенти се нуждаят от адекватна диагностика, непрекъснато наблюдение, консервативна медикаментозна и немедикаментозна терапия (рехабилитация, психотерапия, обучение за промяна на начина на живот и модификация на рисковите фактори), както и своевременно реваскуларизация (оперативна и/или ендоваскуларна) с цел превенция на бъдещи усложнения като инвалидизиращо клаудикацио или загуба на крайник.

Понастоящем освен от заболяемост и смъртност при пациентите с ХАНК, все по-голямо внимание се обръща и на качеството им на живот. През последните години се провеждат все повече проучвания за качеството на живот на пациентите със ССЗ (4,6,8).

Качеството на живот (QoL) най-често се дефинира като нивото, до което здравните грижи за отделните пациенти и популацията повишават вероятността за желан здрав резултат и са съответни на съвременното в професионалното медицинско познание (9).

Следователно, подобряването на качеството на живот е свързано с:

- дефинирането и промотирането на най-добрата клинична практика
- разработването и прилагането на ръководства, базирани на научни доказателства
- препоръки и провеждане на регулярни оценки на прилаганите интервенции.

Цел на проучването е да се изследва QoL на пациенти ХАНК, преживяли оперативна и/

of plaques, the occurrence of arterial thrombosis causing ischemia and necrosis of the tissues in the area of the affected arteries (10). One of the major clinical manifestations of the AT is chronic arterial insufficiency (CAIL) of limbs. The number of patients with CAIL constantly increases. These patients need proper diagnosis, continuous monitoring, drug and non-pharmacological conservative treatment (physiotherapy, psychotherapy, training for change of lifestyle and modification of risk factors), and timely revascularization (operative and/or endovascular) in order to prevent further complications such as disabling claudication or loss of limb.

Currently, in addition to the morbidity and mortality in patients with CAIL, increasing attention is paid to their quality of life. In recent years, an increasing number of studies on the quality of life for patients with CVD is made (4,6,8).

Quality of life (QoL) is a broad term that refers to the degree of well-being and personal satisfaction felt by a person or group of people. The concept depends on economic indicators as well as subjective assessment of personal well-being, formed in a wide variety of criteria of physical, mental and social well-being (9). Therefore, improving the quality of life is related to: the definition and promotion of best clinical practice development and implementation of guidelines based on scientific evidences, recommendations and conducting regular evaluations of the implemented interventions.

Objective of the study is to examine QoL of patients CAIL, who have experienced operational and/or endovascular revascularization (thrombendarterectomy (TEA), bypass operation, percutaneous transluminal angioplasty (PTA), stent implantation) in Bulgaria.

MATERIALS AND METHODS

This clinico-epidemiological study includes a total of 90 participants diagnosed with CAIL - 50 men and 40 women, aged 50 to 82 years (mean age 65.8 years), submitted to the Department of Vascular Surgery and Angiology at Tokuda Hospital – Sofia for revascularization from September 2012 to March 2013, selected at random till the 6th month after hospitalization.

We made full clinical exam of the patients involving history of clinical symptoms, history of cardiovascular disease, identification of cardiovascular risk profile and taking full angiological status. Cardiovascular risk profile includes hypertension, diabetes mellitus (DM), smoking, family history, physical activity. (7). A history of myocardial infarction (MI) and/or

или ендоваскуларна реваскуларизация (тромб-ендартеректомия (ТЕА), байпас, перкутанна транслуминална ангиопластика (ПТА), стент в България.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДИ

Настоящото клинично-епидемиологично проучване включва общо 90 участници с диагностицирана ХАНК - 50 мъже и 40 жени, на възраст от 50 до 82 години (средна възраст 65,8 години), постъпили в Клиника по съдова хирургия и ангиология в МБАЛ „Токуда Болница”, София, за реваскуларизация от месец септември 2012 г. до м. март 2013 г., избрани на случаен принцип и проследени от 1 до 6 дни след дехоспитализацията. При пациентите се проведе пълно клинично ангиологично изследване, което включва анамнестични клинични симптоми, анамнеза за сърдечно-съдови заболявания, определяне на сърдечно-съдов рисков профил и снемане на пълен ангиологичен статус. Сърдечно-съдовият рисков профил включва артериалната хипертония (АХ), захарен диабет (ЗД), тютюнопушене, фамилната обремененост, физическа активност. Анамнезата за преживян миокарден инфаркт (МИ) и/или исхемичен мозъчен инсулт (ИМИ), стреса, тютюнопушенето, физическата активност, употребата на алкохол и тютюнопушене, фамилната обремененост и провежданата в момента на прегледа амбулаторна терапия се документираше със стандартно интервю.

Използваха се следните инструментални неинвазивни и инвазивни методи - доплерсонография и стъпално-брахиален индекс (АВІ); цветно-кодирана дуплекс сонография; конвенционална ангиография или мултидетекторна компютърна томография.

За събиране на клинични и социални данни на пациентите с ХАНК се проведе интервю. Въпросникът съдържа 21 въпроса. Те са разделени в три части: социално-демографска характеристика; заболяване и специфични особености на лечението; подкрепа от системата по време на лечението (2).

За изследването на QoL, свързано със заболяването, използвахме EuroQol group 5 dimension questionnaire (EQ-5D-5L) (2). Провеждахме интервю при пациентите с ХАНК, задавайки въпросите от EQ-5D-5L. Последното съдържа 5 въпроса: подвижност, самообслужване, ежедневна активност, болка/дискомфорт и тревожност/депресия. Всеки въпрос има 5 нива на отговор: без проблеми (без ограничения) - 5 точки (т.), някои проблеми

ischemic stroke (IS), stress, smoking, physical activity, alcohol consumption and smoking, family history and ongoing at the time of review outpatient therapy was documented by a standard interview.

Generally accepted clinical and imaging methods were used in the study :- Clinical symptoms, Dopplersonography and ankle-brachial index (ABI), Color-coded duplex Doppler sonography, Conventional angiography or 3D – CT angiography All of patients with CAIL were interviewed about clinical and social data. The questionnaire contains 21 questions. They are divided into three parts: socio-demographic characteristics; disease and specific features of the treatment; support from the system during the treatment (2).

We used the EuroQol group 5 dimension questionnaire (EQ-5D-5L) to investigate the QoL, associated with the disease (2). We made the interview asking the questions from EQ-5D-5L questionnaire. It contains 5 questions about: mobility, self-service, daily activities, pain (discomfort and anxiety) depression. Each question has five levels of answer: no problems (without limitation) - 5 points (pts); some problems (4 pts, 3 pts, 2 pts); severe problems (1 pt).

Moreover, health condition was measured by using visual analogue scale (VAS) ranging from 0 (very bad) to 100 (perfect health), which was determined by the patient himself.

Data was entered and processed with statistical package SPSS 16.0.1. Level of significance in rejecting the null hypothesis was chosen $p < 0,05$. Following methods were used:

Descriptive analysis - in tabular form provides the frequency distribution of the signs at issue

Mean value \pm standard deviation - to describe continuous variables

Percentage - to describe categorical variables

Student's t-test - to test the hypothesis of a link between categorical signs.

RESULTS AND DISCUSSION

The study included 90 patients admitted to the Department of Vascular Surgery with CAIL. Table 1 shows the main characteristics of the risk profile of the participants in the study.

The distribution of patients by sex showed no significant difference ($p > 0.05$) - 50 (55.55%) men and 40 (45.45%) women ($p > 0.05$). Of all patients, 18 (20%) had experienced MI, 14 (15.56%) experienced IS; with diabetes were 24 (26.67%).

The number of patients with arterial hypertension - 80 (88.89%) and dyslipidemia-54 (60%) is high. All women - 40 (100%) have dyslipidemia. The number

(4т., 3т., 2т.) до тежки проблеми (1т.). Освен това здравното състояние се измерва с визуална аналогова скала (ВАС) в диапазона от 0 (много лошо) до 100 (прекрасно здраве), което пациента сам определя.

Данните бяха въведени и обработени със статистическия пакет SPSS 16.0.1. За ниво на значимост, при което се отхвърля нулевата хипотеза, бе избрано $p < 0,05$. Бяха приложени следните методи:

- Deskriptивен анализ - в табличен вид е представено честотното разпределение на разглежданите признаци

- Средна стойност \pm стандартно отклонение - за описание на продължителните променливи

- Процент - за описание на категорийните променливи

- Student's t-тест – за проверка на хипотези за връзка между категорийни признаци.

РЕЗУЛТАТИ И ОБСЪЖДАНЕ

В проучването са включени 90 пациента, постъпили в Клиниката по съдова хирургия и ангиология с ХАНК. В табл. 1 са представени основните характеристики на рисковия профил на участниците, включени в проучването.

Разпределението на пациентите по пол показва несигнификантна разлика ($p > 0,05$) – 50 (55,55%) мъже и 40 (45,45%) жени ($p > 0,05$). От всички пациенти 18 (20%) са преживели миокарден инфаркт, 14 (15,56%) са преживели ИМИ, със захарен диабет са 24 (26,67%), с артериална хипертония са 80 (88,89%), с дислипидемия – 54 (60%). Дислипидемия има при 100% от жените. Броят на пушачите е висок – 56 (62,6%), като делът им при мъжете е 76%, докато при жените е 45% ($p < 0,05$). Над половината от пациентите съобщават стрес – 47(52,2%), който се среща при 68% от мъжете и при 32,5% от жените ($p < 0,05$). Индексът на телесното тегло (ИТТ) (kg/m^2) е леко завишен и при двата пола, но без статистически значима разлика - средно 28,08 за всички пациенти ($p > 0,05$). С фамилна обремененост за ССЗ са 1/3 от болните - 28 (31,11%). С регулярна физическа активност са също 1/3 от пациентите- 31 (34,4%). В табл. 2 е представена демографската и социално-икономическата характеристика на изследваните пациенти.

Почти половина от пациентите са във възрастовата група 55-64 г. – 42 (46,67%), в която са 24 (60%) от жените, мъжете са поравно разпределени в групите 55-65 г. – 18 (36%) и 65-75 г. - 20 (40%). Половина от пациентите са със

of smokers is high - 56 (62.6%), its share in men is 76% and for women 45% ($p < 0.05$). Over half of the patients reported a stress - 47 (52,2%) which occurs in 68% of men and 32.5%, in women ($p < 0.05$). Body mass index (ICT) (kg/m^2) is slightly increased in both sexes, but there is no statistically significant difference, average 28.08 for all patients ($p > 0.05$). With a family history of CVD are one third of the patients - 28 (31.11%). With a regular physical activity are also 1/3 of the patients, 31 (34.4%).

Table 2 presents the demographic and socio-economic characteristics of the studied patients.

Almost half of the patients are in the age group 55-64 years - 42 (46.67%), there are 24 (60%) of women, men are equally distributed in the groups 55-65 years - 18 (36%) and 65-75 years - 20 (40%). Half of the patients have secondary education, 44 (48.9%), the share of graduates among men is higher at 32% vs. 20% in women. Fundamental part of patients have no family , 64 (71.10%) - 35 (38.88%) are unmarried and 29 (32.22%) are divorced. 12 (13.33%) patients are with family partner. Almost all patients live in the city-80 (88.90%). Women with income up to 200 BGN were 32 (80%), while 36 (72%) of men were with an income of 200 - 500 BGN. Of all patients, 84 (93%) are retired, and all women are retired. 46 (54.1%) have experienced at least one prior intervention (TEA, PTA). The disease is initiated in the previous year at 44 (48.9%) and from 1 to 3 years before at 32 (35.5%) patients. 64 (71.1%) patients take drugs at least three times a day. 80 (89%) of them have never observed a diet. All 90 (100%) patients receive support from healthcare professionals and family, support from friends had 78 (86.7%) patients, and clear public support had only one third of them, 30 (33.4%).

Comparing the risk profile of men and women with CAIL, we did not establish a statistically significant difference in age, marital status, education, residence, duration of disease, frequency of drug administration during the day, prior hospitalizations, hypertension, dyslipidemia, frequency of DM, MI, family history and physical activity, the support of health professionals, friends and society. No difference was observed in the mean values of total cholesterol, triglycerides, LDL cholesterol, HDL cholesterol and body mass index. Statistically more often in men than women did we notice smoking, stress, higher monthly income and greater support from the society. Women compared to men have a lower income (up to 200 lv - 80% of women), all are retired, only 15% have a family partner, never tried diet and have less support from society (40%). These factors contribute

Таблица 1. Основни характеристики на рисковия профил на участниците, включени в проучването

Characteristics	Patients with PAD (n = 90)	Men with PAD (n = 50)	Women with PAD(n = 40)	P< 0,05
Age (Yers) \pm SD	65,8 \pm 10,7	64,3 \pm 9,9	67,5 \pm 10,5	NS
Gender :				
Men	50(55,55)	50(100)	0	NS
Women	40(45,55)	0	40(100)	
Myocardial infarction (n,%)	18(20%)	10(16,67%)	8(20%)	NS
Stroke (n,%)	14(15,56%)	6(12%)	8(20%)	P<0,05
Previous interventions (TEA, PTA) - (n,%)	58(64,44%)	34(68%)	24(60%)	NS
Diabetes Mellitus (n,%)	24(26,67%)	16 (32%)	8(20%)	NS
Hypertension (n,%)	80(88,89%)	40(80%)	40(100%)	NS
Dyslipidemia (n,%)	54(60%)	30(60%)	24(60%)	NS
Smokers (n,%)	56(62,6%)	38(76%)	18(45%)	P<0,05
BMI (kg/m^2) \pm SD	28,08 (1,47)	28,00(1,45)	28,28(1,57)	NS
Family history (n,%)	28(31,1%)	17(34%)	11(27,5%)	P<0,05
Stress (n,%)	47(52,2%)	34(68%)	13(32,5%)	P<0,05
Physical activity (n,%)	31(34,4%)	19(38%)	12(30%)	P<0,05

средно образование - 44(48,9%), като делът на висшистите сред мъжете е по-голям- 32% срещу 20% при жените. Основна част от пациентите са несемейни - 64 (71,10%), в което число са 35 (38,88%) неомъжени (съответно неженени) и 29 (32,22%) разведени. Семейни са 12 (13,33%). Почти всички пациенти живеят в града - 80 (88,90%). Жените с доход до 200 лв. са 32 (80%), докато 36 (72%) от мъжете са с доход от 200-500 лв. От всички пациенти 84 (93%) са пенсионери, като всички жени са пенсионери. Преживели поне една предходна интервенция (ТЕА, ПТА) са 46 (54.1%). Заболяването е започнало в предходната една година при 44 (48,9 %) и от 1 до 3 г. при 32 (35,5 %) пациента. Лекарства поне 3 пъти дневно приемат 64 (71,1%). Диета никога не са спазвали 80 (89%). Всички 90 (100%) пациента са получили подкрепа от здравните специалисти и семейството, подкрепа от приятели има при 78 (86,7%), а ясна обществена подкрепа има едва при 1/3 от пациентите - 30 (33,4%).

Сравнявайки рисковия профил на мъжете и жените с ХАНК не се установява статистически значима разлика във възрастта, семейния

to more frequent depression in women and to a lower QoL.

Quality of life includes physical health as well as also emotional, social and functional aspects of life. The outcome of treatment may be perceived differently by the physician on the one hand and the patient and his relatives on the other. Performed procedure, which is considered very successful by the physician, can be seen differently and unsuccessful by the patient and his family. Patient's expectations from the treatment and related with it QoL is important for physicians, nurses, sponsors and family. There is still no generally accepted scale for assessing the quality of life of patients with CAIL. Different researchers have applied different scales. In our study we used two scales (EuroQol group 5 dimension questionnaire (EQ-5D-5L) and visual analogue scale (VAS)). Figures 1 A, B and C show the quality of life of patients with CAIL before and after revascularization with EuroQol group 5 dimension questionnaire (EQ-5D-5L).

There is almost double increase in the level of mobility as well as the level of normal physical activity after revascularization compared with those

Table.2 Demographic and socio-economic characteristics of the studied patients

Characteristics	Patients with PAD (n=90)	Men with PAD (n=50)	Women with PAD (n=40)	P<0,05
Age (n, %)				
45-55 years;	4 (4,44%)	4 (8 %)	0 (0%)	P< 0,05
55-65 years;	42 (46,67%)	18 (36 %)	24 (60%)	P< 0,05
65-75 years;	28 (31,11%)	20 (40%)	8 (20%)	P< 0,05
75 years and more	16 (17,78%)	8 (16%)	8 (20%)	NS
Education (n, %)				
primary,	22 (24,4 %)	14 (28 %)	8 (20 %)	NS
secondary,	44 (48,9 %)	20 (40 %)	24 (60 %)	P< 0,05
university degree	24 (26,6 %)	16 (32 %)	8 (20 %)	P< 0,05
Marital status (n, %)				
single,	35 (38,88 %)	22 (44 %)	13 (32,5 %)	NS
married,	12(13,33 %)	6 (12 %)	6 (15%)	NS
divorced,	29 (32,22 %)	16 (32 %)	13(32,5 %)	NS
widow/widower	14 (15,56 %)	6 (12 %)	8 (20 %)	NS
Residence (n, %)				
town,	80 (88,9 %)	40 (80 %)	40 (100 %)	P< 0,05
village	10 (11,1 %)	10 (20 %)	0 (0 %)	
Monthly income				
Up to 100 euro	38 (42,2 %)	6 (12 %)	32 (80 %)	P< 0,05
100-250 euro,	44 (48,9 %)	36 (72 %)	8 (20 %)	P< 0,05
250 - 500 euro,	8 (8,9 %)	8 (16 %)	0 (0 %)	P< 0,05
Social status				
worker,	6 (6,7%)	6 (12 %)	0 (0 %)	P< 0,05
unemployed,	0 (0 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	NS
retiree	84 (93, %)	44 (88 %)	40 (100 %)	NS

статус, образованието, местоживеенето, с продължителността на заболяването, честота на прием на лекарства през деня, предхождащи хоспитализации, АХ, дислипидемия, честотата на ЗД, преживян МИ, фамилната обремененост и физическата активност, подкрепата на здравните специалисти, приятели, колеги и обществото. Не се наблюдава разлика в средните стойности на общия холестерол, триглицериди, LDL холестерол, HDL холестерол и ИТГ. При мъжете в сравнение с жените статистически значимо по-често се установява тютюнопушене, стрес, по-висок месечен доход и по-голяма подкрепа от обществото. Жените в сравнение с мъжете имат по-ниски доходи (до 200 лв. - 80% от жените), всички са пенсионери, само 15% имат семеен партньор, никога не са прилагали диета и имат по-малка подкрепа от обществото (40%). Тези

before the procedure. There is significant reduction of the degree of pain and discomfort, anxiety and depression. Self Service level, which before the intervention was relatively high, also has improved. The difference in improving the quality of life in the two sexes is noticeable- QoL after revascularization has increased significantly more in women than men (Fig. 1 b, c) Figure 2 a, b shows the visual analogue scale (VAS) in patients with CAIL before and after revascularization. VAS measures the health condition in ranges from 0 (very bad) to 100 (great health), defined by the patient himself. VAS showed almost doubled improvement of the health status of patients with CAIL after revascularization, and again the improvement in women is more significant than men. VAS shows lower levels in Bulgaria than in other countries. For comparison, in Poland depression

фактори допринасят за по-честите депресивни състояния при жените и до по-ниско качество на живот.

Качеството на живот включва освен физическото здраве и емоционалния, социалния и функционалния аспект на живота. Резултатът от лечението може да се възприема по различен начин от лекаря и от пациента и неговите близки. Извършена процедура, която за медика може да е много успешна, за пациента и семейството му може да не е. Очакванията на пациента от провежданото лечение и предполагаемото QoL са важни за лекаря, медицинската сестра, спонсора и семейството. Все още няма общоприета скала за оценка на качеството на живот на пациентите с ХАНК. В различните проучвания авторите прилагат различни скали. В нашето проучване използвахме две скали (EuroQol group 5 dimension questionnaire (EQ-5D-5L) и визуална аналогова скала (ВАС)).

На фиг. 1а,б,в е отразено качеството на живот на пациентите с ХАНК ПРЕДИ и СЛЕД ревакуларизацията с EuroQol group 5 dimension questionnaire (EQ-5D-5L).

Забелязва се почти двойно завишено ниво на подвижност, както и на обичайна физическа активност след ревакуларизация, сравнено с преди нея. Значително е намалила степента на болката и дискомфорта, както и на тревожността и депресията. Нивото на самообслужване, което преди интервенцията е било на сравнително високо ниво, също се е подобрило. Това, което прави голямо впечатление е разликата в подобряването на качеството на живот между двата пола – след ревакуларизацията QoL се е повишило значително повече при жените в сравнение с мъжете (фиг.1 б, в)

На фиг. 2а,б е отразена визуалната аналогова скала (ВАС) при пациентите с ХАНК ПРЕДИ и СЛЕД ревакуларизацията. ВАС измерва здравното състояние в диапазона от 0 (много лошо) до 100 (прекрасно здраве), определяно от самия пациент. ВАС показва почти двойно подобряване на здравното състояние на пациентите с ХАНК след ревакуларизация, като отново подобрието при жените е по-значимо, в сравнение с мъжете. ВАС е по-нисък в България в сравнение с други страни. За сравнение в Полша депресия или потиснатост се наблюдава при 72,6% при болните с ХАНК, ВАС е 65.2±16.2 (1).

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Проучването показва, че ХАНК като здравно-

or anxiety was observed in 72.6% of patients with CAIL, VAS - 65.2 ± 16.2 (1)

CONCLUSION

The study shows that CAIL as a health problem worsens quality of life. CAIL is a chronic disease and it is important to study the quality of life for short and long periods, especially after intervention. It should be well known that the problems in the physical and emotional health are associated with comorbid conditions. Operative and/or endovascular revascularization significantly improves the quality of life of patients with CAIL. During their illness, patients are supported by the family, friends and healthcare providers, but they are poorly supported by the society. It does not take long time to study the quality of life, it is not expensive and patients need to be regularly examined. By using this approach we can improve the care for the patients with CAIL and to contribute to early detection and prevention of peripheral atherosclerosis. The application of integrative therapeutic approach involving management of risk factors, antiplatelets and revascularization procedures leads to the opportunity to reduce the risk of disabling claudication or loss of limb.

Address for correspondence:

M. Staneva
Department of vascular surgery and angiology
Tokuda Hospital
Sofia

REFERENCES

- Adamovic M., Quality of Life Index for Country for 2013, http://www.numbeo.com/quality-of-life/rankings_by_country.jsp
- Brooks, Richard; Rabin, Rosalind; Charro, F. (Eds.) Evidence from the EuroQol BIOMED Research Programme : The measurement and valuation of health status using EQ-5D: A European perspective 2003, XX, 303 p.
- De Backer G., Ambrosioni E., Borch-Johnsen K et al. European guidelines on cardiovascular disease prevention in clinical practice. Third Joint Task Force. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation. 2003; 10(suppl.1): S1-S78
- Health Economics : What is Quality of Life?, May 2009
- Joint National Committee: The sixth report of the Joint National Committee on detection, evaluation, and treatment of high blood pressure (JNC VI). Arch Intern Med, 1997; 157:2413
- Kotseva K, Wood D, De Backer G, De Bacquer D,

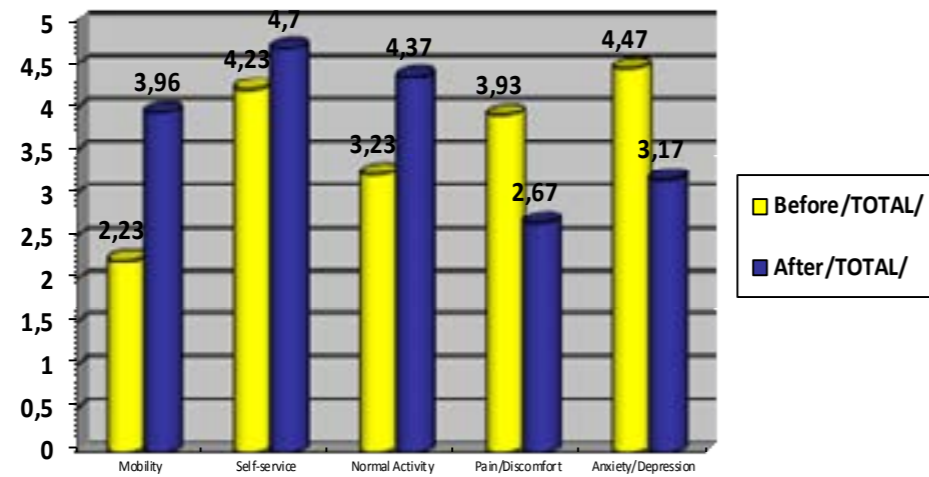


Fig 1. a : EuroQol group 5 dimension questionnaire, (EQ-5D-5L)

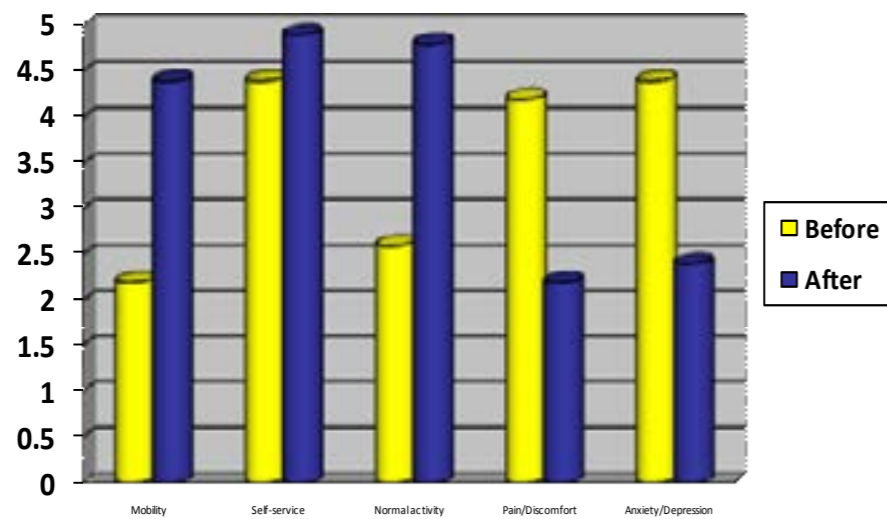


Fig. 1b : EuroQol group 5 dimension questionnaire, (EQ-5D-5L)

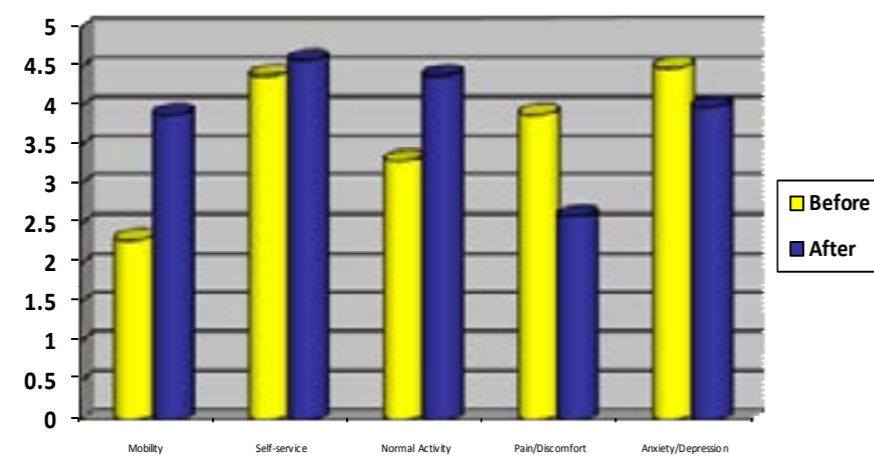


Fig. 1c: EuroQol group 5 dimension questionnaire, (EQ-5D-5L)

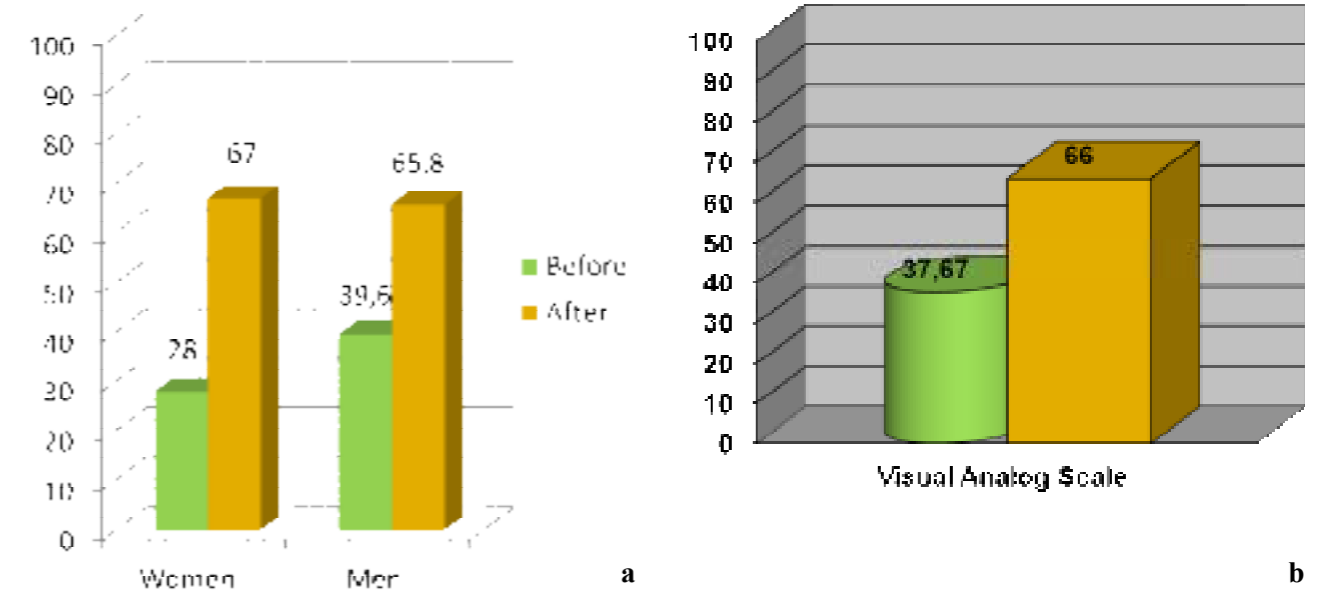


Fig.2 a,b. Quality of life, Visual Analogue Scale (VAS) in patients with CAI before and after revascularization

словен проблем влошава качеството на живот. ХАНК е хронично заболяване и е много важно изследването на качеството на живот за къс и дълъг период, особено след интервенция. Трябва да се знае, че проблемите във физическото и емоционалното здраве са свързани и с коморбидните състояния. Оперативната и/или ендоваскуларна ревазуларизация значително подобрява качеството на живот на пациентите с ХАНК. По време на своето боледуване те са подкрепяни от семейство, приятели и здравните служители, но са слабо подкрепяни от обществото. Изучаването на качеството на живот не отнема много време, не е скъпо и е необходимо пациентите да бъдат редовно изследвани. Чрез този подход може да се подобрят грижите за пациентите с ХАНК и да спомогне за ранното откриване и профилактика на периферната атеросклероза. Прилагането на интегративен лечебен подход, включващ мениджмънт на рисковите фактори, антиагрегантна терапия и ревазуларизационни процедури води до възможността да се намали риска от инвалидизиращо клаудикацио или загуба на крайник.

Адрес за кореспонденция:
 М. Станева
 Клиника по съдова хирургия и ангиология
 Токуда Болница
 София

- Pyörälä K, Keil U; EUROASPIRE Study Group; The EUROASPIRE III study : Quality of Life and its association with prevalence and therapeutic control of cardiovascular risk factors in CHD patients 2009
7. Pearte C.A., Furberg C.D., O'Meara E.S. et al. Characteristics and baseline clinical predictors of future fatal versus nonfatal coronary heart disease events in older adults. The Cardiovascular Health Study. Circulation. 2006;113:2177-2185
8. Rappaport J., The Increasing Importance of Quality of Life, March 2007, Revised October 2008, RWP 07-12
9. The World Health Organization Instruments : Measuring Quality of Life 1997; WHO/MSA/MNH/PSF/97.4
10. Van der Meer IM, Bots ML, Hofman A et al. Predictive value of noninvasive measures of atherosclerosis for incident myocardial infarction. The Rotterdam study. Circulation, 2004; 109:1089-1094