

2. Бурлева Е.П., Денисов Р.Е. Амбулаторная специализированная помощь пациентам с начальными формами хронической венозной недостаточности нижних конечностей // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2005. – Т. 11, № 2. – С. 71-75.
3. Константинова Г.Д., Гавриленко А.В., Донская Е.Д., Вахрастьян П.Е. Состояние большой подкожной вены после интраоперационной стволовой склерооблитерации при варикозной болезни // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2007. – Т. 13, № 3. – С. 101-104.
4. Корсак В.В., Русин В.В. Комплексне лікування варикозної хвороби нижніх кінцівок. // *Практична медицина*. – 2008. – Т. XIV, №5. – С. 121-124.
5. Мішалов В.Г., Сулік В.В., Матвеев Р.М. Роль флєбосклерооблітерації в лікуванні хронічної венозної недостатності нижніх кінцівок. // *Хірургія України*. – 2008. – №1. – С. 76 – 81.
6. Суковатых Б.С., Беликов Л.Н., Родионов О.А., Щербаков А.Н. и соавт. Флєбосклерозирующее лечение высокого вено-венозного рефлюкса крови у больных с начальными стадиями варикозного расширения вен нижних конечностей // *Хирургия*. – 2005. – № 6. – С. 7-10.
7. Суковатых Б.С., Беликов Л.Н., Середицкий А.В., Суковатых М.Б. и соавт. Склерохирургическое лечение острого тромбоза поверхностных вен // *Ангиология и сосудистая хирургия*. – 2006. – Т. 12, №1. – С. 81-85.
8. Cabrera Garrido J.R., Cabrera Garcia-Olmedo J.R., Garcia-Olmedo Dominguez M.A. // *Elargissement des limites de la sclerotherapie: nouveaux produits sclerosants. Phlebologie*. 1997; 50: 181–188.
9. Tessari L. Nouvelle technique d'obtention de la sclero-mousse. // *Phlebologie*. 2000; 53: 129–132.
10. Cavezzi A., Frullini A., Ricci S., Tessari L. Treatment of Varicose Veins by Foam Sclerotherapy: Two Clinical Series. // *Phlebology*. 2002; 17: 13–18.
11. Frullini A., Cavezzi A. Sclerosing foam in the treatment of varicose veins and telangiectases: history and analysis of safety and complications. // *Dermatol. Surg.* 2002; 28: 11–15.
12. Wright D., Gobin J.P., Bradbury A.W. et al. Varisolve polydocanol microfoam compared with surgery or sclerotherapy in the management of varicose veins in the presence of trunk vein incompetence: European randomized controlled trial // *Phlebology*. – 2006. – Vol. 21, № 4. – P. 180–190.

SUMMARY

TRUNCAL SCLEROBLITERATION BY “FOAM-FOAM” TECHNIQUE IN SURGICAL TREATMENT OF LOWER EXTREMITIES VARICOSE DISEASE

Rusyn V.V.

This study is devoted to the question of lower extremities varicose disease complex treatment efficacy including surgical technique and scleroobliteration by “foam-foam” technique. 52 patients with lower extremities varicose disease stage II-III by SEAP underwent surgical treatment. Crossotomy with truncal scleroobliteration were performed. In all cases we used preparation “Aethoxysclerol” (polydecanol) “Kreussler-Pharma”(Germany). The preparation was taken to the condition of small dispersive foam by Tessari technique. The “foam-foam” sclerosurgery is save procedure, which guaranties truncal obliteration and decreases negative results of phlebectomy.

Key words: varicose disease, scleroobliteration, complex treatment, scleroobliteration by “foam-foam” technique

УДК 616.345-006-06-089:616.345-007.271:612.013

ЯКІСТЬ ЖИТТЯ ХВОРИХ, ОПЕРОВАНИХ ІЗ ПРИВОДУ ОБСТРУКТИВНОГО РАКУ ТОВСТОГО КИШКІВНИКА

Русин В.І., Чобей С.М.

Ужгородський національний університет, кафедра хірургічних хвороб, м. Ужгород

РЕЗЮМЕ: оцінена якість життя у 79 пацієнтів, яким була виконана операція на товстій кишці. При цьому у 27 пацієнтів виконана радикальна колектомія, у 25 – двоетапна операція, у 27 – операція типу Гартмана. Хворі відповідали на запитання анкети, яка їм була запропонована після операції через 1 до 3 років.

При вивченні ЯЖ хворих із приводу обструктивного раку товстого кишківника встановлено, що найвищі показники ЯЖ спостерігаються в групі хворих, яким виконувалась одномоментно колектомія, і найнижчі – в групі пацієнтів, яким виконувалась операція типу Гартмана.

Ключові слова: якість життя, колоректальний рак

Вступ. Однією з найскладніших сьогоднішніх проблем світової системи охорони здоров'я є неухильне зростання захворюваності на злоякісні новоутворення, зокрема рак товстої кишки.

Прихований перебіг захворювання, недостатня обізнаність населення з першими проявами недугу, а також певна недосконалість наявних способів

раннього виявлення пухлини зумовлюють той факт, що у 15-20% хворих рак ободової кишки діагностується вперше у зв'язку з виникненням ускладнення, частіше всього – гострої obturaciyonnoy непрохідності.

Дотепер хірургічна клініка не має загальнови-знаної тактики лікування хворих із гострою obtu-

раційною непрхідністю ободової кишки ракового генезу. Незважаючи на відносно сприятливу кінетику раку ободової кишки та реальну можливість застосування комплексного лікування майже в кожного другого пацієнта з обструктивним раком ободової кишки, хірургічне втручання здебільшого обмежується ліквідацією кишкової непрхідності. Радикальне видалення пухлини відкладається на невизначений час в особливості з причини гнійно-септичних та інших ускладнень, що нерідко набувають каскадного характеру в цього контингенту хворих. Далеко не поодинокими є випадки, коли виконання другого етапу хірургічного лікування – онкологічно радикальної операції – виявляється неможливим внаслідок констатації вже занедбаного пухлинного процесу [3, 4]

Якість життя (ЯЖ) хворих є інтегральним показником ефективності лікування.

Мета дослідження. Вивчення якості життя хворих з приводу раку товстого кишківника, в залежності від способу реконструкції.

Матеріали та методи. Останнім часом в клінічних дослідженнях, які визначають успіх або невдачу комбінованого лікування, важливим показником є якість життя пацієнта. Термін „якість життя” (Quality of Life, QOL) почали використовувати в оцінці результатів лікування на початку 80-х років ХХ століття. Єдиного визначення поняття якості життя немає. Існує визначення якості життя (ЯЖ) згідно з ВООЗ: „це сприйняття людьми свого положення в житті залежно від культурних особливостей і системи цінностей та у зв'язку з їх цілями, сподіваннями, стандартами та турботами”. В цьому визначенні надають велику увагу суб'єктивній складовій ЯЖ. Розрізняють і медичну складову ЯЖ – так звану якість життя, що пов'язана зі здоров'ям (health – related quality of life, HRQOL), з метою виділення актуальних понять медичного характеру із широкого і загального поняття ЯЖ. Таким чином, ЯЖ включає в себе декілька аспектів. ЯЖ – це інтегральний показник фізичного, психологічного, емоційного та соціального функціонування хворого, який базується на суб'єктивному сприйнятті. Інформація про ЯЖ дозволяє виконувати постійний моніторинг стану хворого і при необхідності проводити корекцію терапії. Для оцінки ЯЖ найчастіше використовують різного виду опитування, які поділяють на загальні та спеціалізовані (для конкретного захворювання). Спеціалізовані опитування, зазвичай, більш зрозумілі для хворих, вони коротші, надійність їх результатів вища. Однією із розповсюджених загальних анкет-опитувань є MOS SF-36 (Medical Outcomes Study – Short Form – 36). Вона вміщує 36 питань і включає 8 шкал, що становлять фізичні та психологічні компоненти здоров'я. Відповіді на питання фіксують у балах від 1 до 100.

Більш високому рівню ЯЖ відповідає більша кількість балів.

Опитування включає наступні шкали:

1. Фізична функція (шкала ФФ) або активність – визначає можливість хворого виконувати різноманітні фізичні навантаження, від мінімального самообслуговування до адекватного життя без обмежень.

2. Фізична роль (шкала ФР) – визначає здатність до виконання типової роботи для певного соціального прошарку пацієнтів. Фізичну роль оцінюють як низьку в людей важкої фізичної праці, оскільки після операції їм потрібен більш тривалий час до повернення втрачених функцій (робота або домашнє господарство).

3. Фізичний біль (шкала ФБ) – виявляє ступінь больового синдрому, який обмежує звичайну активність хворого і не може не впливати на ЯЖ.

4. Загальний стан здоров'я (шкала ЗЗ) – визначає суб'єктивне сприйняття попереднього, теперішнього здоров'я та прогнозування його перспектив.

5. Життєздатність (шкала Ж) – оцінює відчуття внутрішньої енергії, відсутність або наявність втомлюваності, бажання енергійних дій.

6. Соціальна роль (шкала СР) – включає здатність розвиватись, повноцінно спілкуватись з родичами, друзями, колегами по роботі. Згідно з цією шкалою можна визначити максимальні перешкоди для нормальної соціальної активності, які обумовлені фізичними та емоційними проблемами.

7. Емоційна роль (шкала ЕР) – оцінює емоційний статус хворого, вплив емоцій на повсякденну роботу, поведінку при спілкуванні з оточуючими.

8. Психологічне здоров'я (шкала ПЗ) – включає наявність невротизації, нахилу до депресивних станів або відчуття щастя та душевного спокою.

Фізичний компонент здоров'я становлять шкали 1-4, психічний – шкали 5-8.

Результати досліджень та їх обговорення. Якість життя оцінена у 79 наших пацієнтів, яким була виконана операція на товстій кишці. При цьому у 27 пацієнтів виконана радикальна колектомія, у 25 – двоетапна операція, у 27 – операція типу Гартмана. Хворі відповідали на запитання анкети, яка їм була запропонована після операції через 1 до 3 років.

Відповіді на питання оцінювали за номінальною шкалою від 0 до 5, потім виводили загальний показник для кожного пункту за формулою:

обчислене значення = (реальне значення показника – мінімально важливе значення показника): можливий діапазон значень $\times 100$.

Нами отримано такі результати оцінки ЯЖ за шкалами опитування (табл. 1).

Показники якості життя хворих залежно від способу операції

Шкали якості життя	Спосіб реконструкції		
	радикальна колектомія n=27	двоетапна колектомія n=25	операція типу Гартмана n=27
Фізична функція (ФФ)	96,3%	88,8%	65,2%
Фізична роль (ФР)	87,4%	59,2%	11,9%
Фізичний біль (ФБ)	97,0%	88,8%	20,0%
Загальне здоров'я (ЗЗ)	98,5%	94,4%	57,0%
Життєздатність (Ж)	85,2%	81,3%	22,2%
Соціальна роль (СР)	60,0%	60,0%	3,0%
Емоційна роль (ЕР)	94,1%	95,2%	18,5%
Психічне здоров'я (ПЗ)	94,1%	87,2%	36,3%

Фізична функція (ФФ) була найвищою (96,3%) у хворих після радикальної колектомії, дещо нижчою при двоетапній колектомії, що очевидно було пов'язано певними обмеженнями пацієнтів на період існування тимчасової колостоми. Найнижчою (ФФ) – 65,2% – була у хворих, яким виконувалась операція типу Гартмана.

Фізична роль (ФР) також найвищою була у хворих при радикальній колектомії – 87,4%, при двоетапній – 59,2%, при оперативних втручаннях типу Гартмана – 11,9%.

Фізичний біль (ФБ) згідно з анкетуванням був відсутній у 97% хворих після радикальної колектомії, або спостерігався один раз на день у 88,8% хворих з двоетапними колектоміями. І практично 80% хворих після операції типу Гартмана мали той чи інший ступінь больового синдрому практично постійно.

Загальне здоров'я (ЗЗ) згідно з суб'єктивною самооцінкою було найвищим (98,5%) у хворих після радикальної колектомії, залишаючись достатньо високим (94,4%) після двоетапної колектомії, знижуючись до 57% у хворих після операції типу Гартмана.

Показники життєздатності (Ж) після радикальних та двоетапних колектомій були відповідно 85,2%

та 81,3%, зменшуючись до 22,2% у пацієнтів після операцій типу Гартмана.

Соціальна роль (СР) була практично однаковою (60%) у хворих після радикальної та двоетапної колектомії, знижуючись до 3% у хворих після операції типу Гартмана.

При оцінці ступеня працездатності більше половини хворих після радикальних та двоетапних колектомій продовжували працювати після операції за основним фахом своєї роботи. В той же час практично усі хворі після операції типу Гартмана були на II-й групі інвалідності.

Емоційна роль (ЕР) була достатньо високою – 94,1% та 95,2% у хворих після радикальних та двоетапних колектомій, знижуючись до 18,5% після операції типу Гартмана.

Психічне здоров'я (ПЗ) було найвищим – 94,1% у хворих після радикальних колектомій, 87,2% після двоетапних колектомій і 36,3% після операцій типу Гартмана.

При загальному порівнянні результатів у трьох групах оперованих хворих залежно від пластики кишкового тракту відзначено істинну різницю в плані порушення якості життя у групі хворих, яким виконувалась операція типу Гартмана (рис.1).

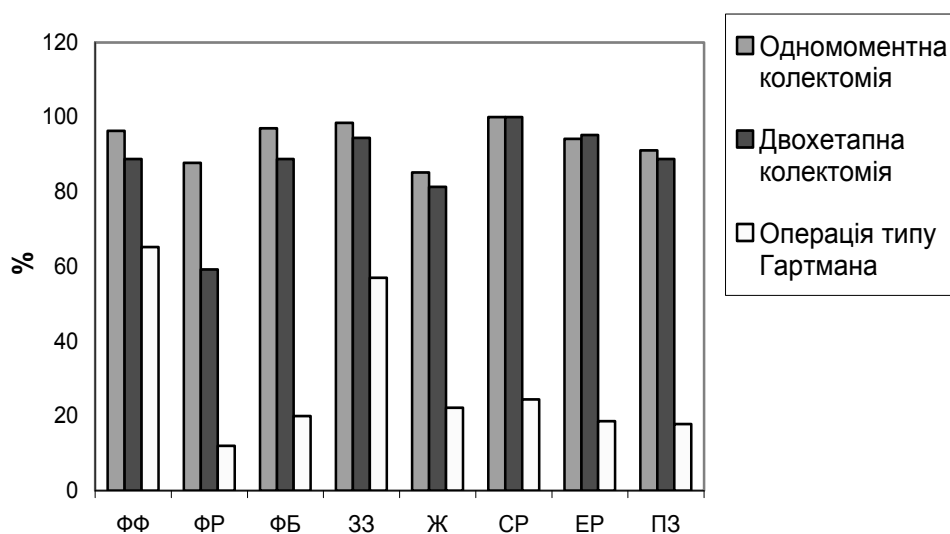


Рис. 1. Показники якості життя хворих залежно від способу операції

Окремі аспекти проблеми обструктивного раку ободової кишки продовжують дебатуватись на форумах хірургів та онкологів, а також у спеціальній літературі. Так, одним із досі нерозв'язаних питань є оцінка операційного ризику хірургічного лікування пацієнтів із пухлинною непрохідністю ободової кишки.

Дотепер залишаються остаточно нез'ясованими деякі термінологічні аспекти хірургії обструктивного раку ободової кишки. Практично єдиною залишається запозичена в онкологів класифікація операцій, у відповідності з якою всі втручання поділяються на радикальні, паліативні та діагностичні [3, 4, 5]. У зв'язку з впровадженням циторедуктивного підходу до традиційно паліативних втручань – накладання кишкових стом та обвідних анастомозів – долучились резекції кишки з пухлиною у пацієнтів із занедбаним раком [2, 6, 7].

Згадана класифікація не враховує, однак, деяких об'єктивних особливостей невідкладної хірургії ОРОК. Так, поняття “онкологічної радикальності” є однозначним і не залежить від того, чи оперується пацієнт із неускладненим раком ободової кишки, чи хворий із карциномою, що спричинила гостру обтураційну кишкову непрохідність. Згідно з переконаннями більшості колоректальних хірургів, онкологічно радикальною операцією вважається широка анатомічна резекція та адекватна лімфаденектомія, тобто видалення пухлини і регіонарних лімфатичних колекторів з оточуючою їх жировою клітковиною [2, 3, 4]. В той же час у невідкладній хірургії обструктивного раку далеко не рідкісними є оперативні втручання типу Гарт-

мана, коли основним орієнтиром визначення обсягу операції є резекція кишки в “здорових межах”, тобто 10 см в оральному та 7-8 см в аборальному напрямках від краю пухлини та клиноподібним висіченням брижі [1, 3, 7]. Такі хірургічні втручання лише зі значною часткою застереження можна класифікувати “онкологічно радикальними”, хоч і назвати їх паліативними резекціями неpravomirno.

Будучи на межі хірургії та онкології, проблема обструктивного раку ободової кишки поки що є недостатньо опрацьована і висвітлена у відповідних публікаціях. Відомості, що містяться в них, є фрагментарними і далеко не повністю розкривають дану проблему.

Приймаючи до уваги все вищесказане, науково-дослідна робота, яка б опрацювала шляхи подолання існуючих труднощів та протиріч у розв'язанні проблеми обструктивного раку ободової кишки, є актуальною і потрібною як у науково-академічному, так і у практичному аспектах.

При аналізі методів лікування не викликає сумнівів важливість оцінки ЯЖ, як один із вагомих чинників ефективності способів лікування, як визначальний чинник обраного способу операції та післяопераційної реабілітації.

Висновки. При вивченні ЯЖ хворих із приводу обструктивного раку товстого кишківника встановлено, що найвищі показники ЯЖ спостерігаються в групі хворих, яким виконувалась одномоментно колектомія, і найнижчі – в групі пацієнтів, яким виконувалась операція типу Гартмана.

ЛІТЕРАТУРА

1. Захараш М.П., Пойда О.І., Мельник В.М. Реабілітація хворих після колектомії та резекції прямої кишки // Клінічна хірургія. – 2004. – №4-5. – С.18.
2. Лисенко Д.А., Ісакова Л.М. Методологія оцінки якості життя в онкогематології // Український медичний часопис. – 2006. – №3(53). – С.47-50.
3. Матвійчук Б.О. Обструктивний рак ободової кишки як хірургічна та онкологічна проблема // Fcra Med. Leopoliensia. – 1997. – Т.3, №3-4. – С.76-80.
4. Русин В.І., Чобей С.М., Мартинич К.І., Паршина Т.В. Лікувальна тактика при ускладненому раку товстої кишки // Науковий вісник Ужгородського університету, серія „Медицина”. – 2001. – Випуск № 14. – С.37-39.
5. Русин А.В., Чобей С.М., Стойка В.І., Мартяшов А.В., Стойка А.В. Ультразвукова діагностика раку ободової кишки, ускладненого товстокишковою непрохідністю // Науковий вісник Ужгородського університету, серія “Медицина”. – 2007. – Випуск № 32. – С.133-136.
6. Сидоренко О.М., Колесник О.П., Паламарчук І.Д., Шевченко А.І. Якість життя хворих на рак товстої кишки // Клінічна хірургія. – 2005. – №3. – С.56-57.
7. Тодуров І.М., Білянський Л.С., Пустовіт А.А. Особливості розвитку та профілактики гнійно-септичних ускладнень у хворих на гостру непрохідність товстої кишки // AML. – 2008. – №3. – С.123-127.

SUMMARY

LIFE QUALITY OF PATIENTS OPERATED ON OBSTRUCTIVE COLON CANCER

Rusyn V.I., Chobey S.M.

The life quality was analyzed in 79 patients, who underwent surgery on colon. In 27 patients radical colectomy was performed, in 25 – surgery was performed in 2 stages, in 27 – surgery of Gartman's type. Patients were questioned according the inquirer in 1 to 3 years after operation.

The highest life quality in case of obstructive colon cancer was observed in patients, who underwent one-stage colectomy, the lowest – in the group of patients after surgery of Gartman's type.

Key words: quality of life, colorectal cancer